91-06364/

Soins de santé au Canada

aux XVII^e et XVIII^e siècles

Renald Lessard

Musée canadien des civilisations

© Musée canadien des civilisations

Donnée de catalogage avant publication

Lessard, Renald, 1957-

Soins de santé au Canada : aux XVII[e] et XVIII[e] siècles

Comprend des références bibliographiques.
ISBN 0-660-90292-3

1. Santé publique — Canada — Histoire — 17[e] siècle. 2. Santé publique — Canada — Histoire — 18[e] siècle. 3. Médecine — Canada — Histoire. 4. Hôpitaux — Canada — Histoire. 5. Thérapeutique — Canada — Histoire 6. Médicaments — Canada — Histoire. I. Musée canadien des civilisations. II. Titre.

R461.L47 1990 610'.971 C90-098503-8

Imprimé au Canada

Publié par le
Musée canadien des civilisation
100, rue Laurier
C.P. 3100, Succursale B
Hull (Québec)
J8X 4H2

English Edition: Health Care in Canada during the Seventeenth and Eighteenth Centuries

Coordination et édition
Jean-Pierre Hardy
Révision
Marielle Meloche
Production
Deborah Brownrigg
Conception graphique
Francine Boucher

Couverture : Traitements et appareils utilisés dans les cas de luxation. Laurent Heister, **Institutions de chirurgie**, tome 1, Paris, P. Fr. Didot le jeune, 1771, planche 10. Bibliothèque du Séminaire de Québec, Ancien fonds. (Photo Denis Ross).

Canada

Table des matières

Introduction 5
Des maladies et des hommes 7
Les grandes épidémies 8
Les maladies non épidémiques 9
Les observations d'un médecin 10
Le corps médical 13
La structure légale 13
Les effectifs médicaux 18
L'infrastructure hospitalière 23
Les hôpitaux généraux 23
Les hôtels-Dieu 24
Les pratiques parallèles 31
Les rebouteux 31
Le clergé 31
Empiriques, charlatans et sorciers 32
Religion et saints thaumaturges 33
Thérapeutiques et médications 35
Les interventions chirurgicales 35
Les médicaments 42
La pharmacopée canadienne 44
La pharmacopée amérindienne 48
Des outils 49
Les instruments 49
Les livres 51
Conclusion 55
Bibliographie sommaire 57
Notes 59

Introduction

L'art de guérir est aussi ancien que l'humanité. L'histoire de la médecine est jalonnée de bonds prodigieux et ponctuée de longues périodes d'obscurantisme et de stagnation, voire même de recul.

Pendant les années de la Renaissance, les découvertes sont nombreuses, notamment dans le domaine de la structure interne du corps. Les travaux de Léonard de Vinci (1452-1519) illustrent à merveille le génie de cette période.

Aux XVII[e] et XVIII[e] siècles, la progression se fait plus lente, le poids des traditions et des systèmes archaïques se révèle encore trop lourd. Cette période donne néanmoins naissance à la physiologie moderne et certains principes vitaux sont découverts tels ceux de la circulation sanguine et de la respiration. Les nouvelles connaissances dans le domaine de la reproduction et de la digestion sont importantes. L'anatomie est à l'honneur: les célèbres «leçons d'anatomie» du peintre hollandais Rembrandt mettent remarquablement en lumière ces travaux.

Certains progrès techniques, si essentiels au développement de la recherche médicale, sont aussi enregistrés : les premiers microscopes datent du XVII[e] siècle. La nosologie, c'est-à-dire la classification des maladies, s'inspire à son tour de principes plus rationnels, tels ceux élaborés par le naturaliste suédois Carl von Linné dans les domaines de la zoologie et de la botanique. Le quinquina et l'ipécacuana, deux végétaux d'origine sud-américaine, vont jouer un rôle majeur dans la thérapeutique européenne à partir du XVI[e] siècle. Le premier se révèle un excellent fébrifuge tandis que le second s'avère très efficace dans les cas de maladies dysentériques.

Les Français qui, au début du XVII[e] siècle, esquissent en Amérique une colonie de peuplement, apportent avec eux ce savoir et ces traditions médicales séculaires. Mais la contribution européenne ne s'arrête pas là : la rencontre entre l'Ancien et le Nouveau Monde modifie aussi l'équilibre planétaire des maladies infectieuses. Si l'Europe envoie en Amérique des hommes et des biens de consommation, elle exporte également des microbes qui vont entraîner l'effondrement démographique des sociétés autochtones dans les deux Amériques. Les Amérindiens, dépourvus de

toute résistance immunologique contre ces nouvelles affections, ne sont pas préparés à faire face aux maladies affectant les Européens. À l'époque, ils semblent ne connaître que peu de maladies transmissibles. Dans ces conditions, une affection aussi bénigne que la grippe peut se révéler meurtrière.

Même si le Canada est, du point de vue des Français, un pays sain, les besoins médicaux de la population coloniale n'en sont pas moins importants. Dès les débuts de la colonie, des praticiens et des hôpitaux tentent de répondre à ces exigences sans cesse croissantes.

C'est cette pratique médicale que nous allons explorer. Une pratique médicale qui demeura, jusqu'au XIX[e] siècle, essentiellement européenne, dans son personnel, ses institutions, ses méthodes, ses instruments, ses thérapeutiques et ses médicaments. Toutefois, pour bien comprendre cette pratique, il est nécessaire de s'attarder à la fois aux praticiens, reconnus ou non, et aux besoins en soins médicaux d'un pays en formation.[1]

Des maladies et des hommes

Aux XVII[e] et XVIII[e] siècles, la maladie est perçue comme une manifestation de la puissance de Dieu. Elle est ressentie comme un châtiment ou un avertissement. Bien qu'une telle conception de la maladie puisse susciter un certain fatalisme, elle n'exclut généralement pas un effort pour guérir le corps par l'utilisation de moyens naturels et raisonnables.

Du Canada des XVII[e] et XVIII[e] siècles, les contemporains ont laissé l'image d'une population et d'un pays sains. Le rigoureux climat de la colonie contraste avec celui de la métropole. On attribue au froid une fonction protectrice et même purificatrice. Dès 1664, Pierre Boucher, alors gouverneur de Trois-Rivières et plus

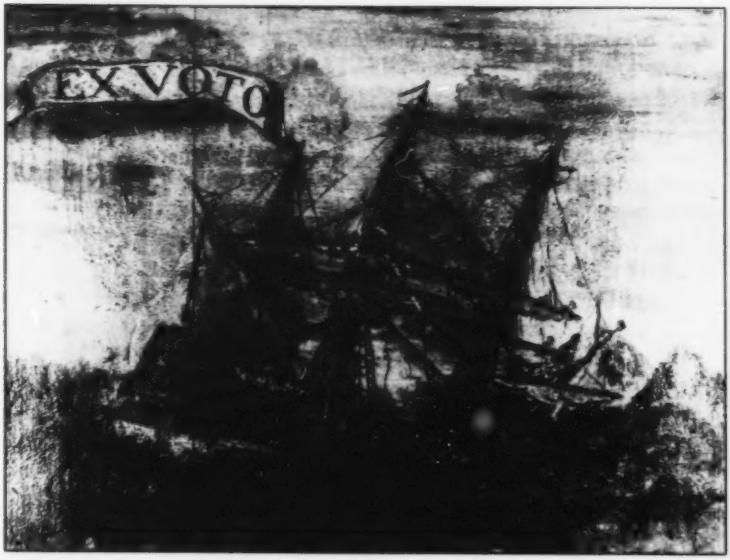

Figure 1. *La traversée de l'Atlantique dans des conditions souvent difficiles offre des conditions propices à l'apparition de maladies à bord des navires. À plusieurs reprises, ces affections sont responsables de l'introduction de maladies épidémiques dans la colonie. Paul Beaucourt,* ***Ex-voto: Un navire dans la tourmente****, vers 1738. Musée de l'Hôtel-Dieu de Québec. (Photo Denis Ross)*

tard seigneur de Boucherville, signale que «l'air y est extrêmement sain en tout temps, mais surtout l'hiver; on voit rarement des maladies en ces pays-ci».[2]

Cependant, si l'on ne tenait compte que des témoignages de l'époque, le portrait global de l'état de santé des Canadiens de cette période serait tronqué. Bien que les conditions d'existence par rapport à celles qui prévalent en France soient relativement meilleures, il n'en demeure pas moins que le Canada n'est pas à l'abri de la maladie et qu'il n'est pas non plus épargné par les épidémies.

Les contagions sont, pour la plupart, introduites par le biais d'agents extérieurs, principalement par les navires en provenance d'Europe ou par des individus provenant des colonies anglaises. La longue traversée de l'Atlantique, en particulier, se fait dans des conditions insalubres qui, liées à un régime alimentaire souvent déficient, se révèlent propices à l'éclosion et à la propagation des maladies.

Si plusieurs épidémies ont été introduites au Canada de l'extérieur, les conditions d'hygiène déplorables, surtout en ville, favorisent une propagation des maladies. L'insalubrité, qui caractérise les milieux urbains de l'Ancien Régime, règne aussi en maître dans les villes de la colonie. Les mesures d'hygiène publique sont insuffisantes, et la répétition périodique des mêmes ordonnances prouve le peu d'attention que les gens leur accordent. L'air n'est pas toujours sain. Le lieutenant général de la Prévôté de Québec rapporte que s'élèvent, des rues de la ville, «une puanteur qui infecte l'air et cause des maladies dangereuses».

Les grandes épidémies

Au cours des XVII[e] et XVIII[e] siècles, plusieurs épidémies frappent la colonie. La petite vérole, la rougeole, la coqueluche et les fièvres sont parmi les plus fréquentes.

La petite vérole constitue le fléau le plus redouté et le plus meurtrier. Au XVIII[e] siècle, elle atteint des proportions épidémiques à au moins cinq reprises. Au cours des seules années 1702 et 1703, elle emporte plus de 1 000 personnes, soit environ 8 pour 100 de la population coloniale. Comme ce sera le cas lors d'une autre épidémie de petite vérole trente ans plus tard, le nombre des décès

est alors plus élevé que celui des naissances. Il s'agit là d'une perte énorme pour une petite colonie qui compte principalement sur le renouvellement de sa propre population pour croître.[3]

Si la colonie n'est guère épargnée par la petite vérole, elle ne l'est pas davantage par les épidémies de fièvres, souvent apportées par les navires, qui font elles aussi un grand nombre de victimes. En 1687, par exemple, la rougeole et la «fièvre pourpre» (probablement le typhus) causent près de 500 décès dans la colonie.

D'autres maladies épidémiques non identifiées par les contemporains, comme celles de 1699, de 1715 et de 1731, causent également nombre de décès.

Les maladies non épidémiques

Les maladies non épidémiques sont beaucoup moins documentées. Elles font partie du quotidien et ne concernent souvent que quelques individus dans un lieu donné. De plus, à cette époque, les maux sont généralement identifiés en fonction de leur symptômes et non de leurs causes. Enfin, des connaissances physiologiques et des instruments d'investigation rudimentaires rendent encore plus complexe la tentative d'identifier avec précision les maux dont souffraient les hommes des XVII[e] et XVIII[e] siècles. Toutefois, quelques contemporains ont laissé des témoignages éclairants qui permettent de rejoindre une partie de la réalité. Pour le gouverneur Denonville, les écrouelles (scrofules), surtout chez les Amérindiens, la présence de vers qu'il qualifie de «mal le plus ordinaire» et les «cours de ventre» qui sont difficiles à guérir en raison de la «nature du pays» ou du manque de médicaments seraient répétitives. À cette liste, il ajoute les rhumatismes, les «goutes froides», conséquence des chutes dans les cours d'eau à la saison froide et enfin, les «descentes de boyaux» (hernies) qui sont «fort frequentes parmy nos habitants».[4]

En 1728, le médecin Michel Sarrazin observe pour sa part que les pleurésies, les «flux» (diarrhées) et le scorbut, ont été les affections les plus fréquentes au cours de l'hiver précédent. Dix ans plus tard, la supérieure de l'Hôtel-Dieu de Québec écrit que les chancres et les maux de dents sont fréquents parmi les habitants.[5]

Les maladies vénériennes sont aussi mentionnées dès le XVII[e] siècle. Le voyageur suédois Pehr Kalm note leur présence en 1749 et, en 1795 et 1796, le docteur Jean-Baptiste Ménard soigne

Figure 2. Portrait de Michel Sarrazin (? – 1734) d'après un original conservé en France. Médecin le plus célèbre de la Nouvelle-France, il s'intéresse autant à la botanique, à la zoologie et à la minéralogie qu'à la médecine. Certaines personnes, dont Jacques Rousseau, ont toutefois douté que cette peinture représente ce médecin. Musée de l'Hôtel-Dieu de Québec. (Photo Denis Ross).

plusieurs cas de «gonnorrhée virulente». Toutefois, c'est le cas du célèbre «mal de la Baie Saint-Paul», une forme particulière de syphilis qui atteint des proportions jugées épidémiques entre 1774 et 1786, qui attire l'attention des autorités. En 1785, entre 1 000 et 2 000 personnes en seraient atteintes, soit environ 1 pour 100 de la population canadienne.[6]

Les habitants de la colonie sont affligés des mêmes maux que ceux de la métropole française mais certaines affections semblent plus fréquentes au Canada. Tel est le cas des maladies des voies respiratoires, des affections pulmonaires et des rhumatismes. Le climat de la colonie n'est sans doute pas étranger à la prolifération de ces maladies.

Les accidents, les blessures et les infirmités qui en résultent sont aussi au nombre des dangers qui guettent les Canadiens. Les guerres avec les Amérindiens et les Britanniques fournissent leur lot de blessés. À cause du froid, les engelures sont aussi fréquentes.

Les observations d'un médecin

S'il est difficile d'évaluer la portée des informations éparses que nous livrent sur ce sujet les documents les plus variés, les observations d'un médecin québécois, Jean-François Gaultier, par contre, nous éclairent sur les conditions de santé des Canadiens à une période donnée. Entre les mois de novembre 1742 et septembre

1746, il a systématiquement relevé les maladies les plus fréquentes et les a mises en parallèle avec les conditions météorologiques, les productions agricoles et l'état de la végétation.[7]

Les fièvres occupent le premier rang des maladies qui frappent les Canadiens au cours de cette brève période. Il faut cependant souligner que ces affections sont particulièrement fréquentes au cours des années 1740. Apportées par des navires dans la plupart des cas, elles peuvent rapidement atteindre des proportions épidémiques, comme ce fut le cas au cours de l'automne et de l'hiver 1743-1744. Ces fièvres sont meurtrières et elles auraient causé annuellement, si l'on se fie à l'augmentation du nombre des décès enregistrés dans la colonie pour ces deux années seulement, de trois à quatre cents décès supplémentaires.

Les affections liées aux voies respiratoires (coqueluche, pneumonie, pleurésie, rhume et autres) prédominent durant la saison froide. La mortalité causée par ces maladies est relativement peu importante, et Jean-François Gaultier signale qu'en 1745, les pleurésies et les péripneumonies «n'ont même été fâcheuses que pour les personnes fort âgées».

Le médecin observe des cas de jaunisse et d'oreillons mais également de «flux de ventre» et de dysenterie. À l'été 1744, ces deux derniers maux semblent atteindre des proportions épidémiques et le médecin note:

> Il y a eu aussi beaucoup de flux de ventre qui étoient accompagnez de tranchées très-vives, ces flux qui étoient épidémiques, & qui avoient commencé dès le mois de Juin, ont souvent dégénéré en flux dysenteriques; ils étoient toûjours accompagnez de la fièvre, & ont fait périr bien du monde: il pouvoit y avoir quelque chose dans la température de l'air qui y donnât lieu, car ces maladies étoient universelles, et les riches, comme les pauvres, en étoient attaquez; ce qui pouvoit encore y contribuer, étoit la quantité de fraises, de framboises que l'on a mangées avant qu'elles fussent parvenues à une parfaite maturité...[8]

Les textes de Gaultier permettent de comparer, dans une certaine mesure, les maladies signalées à celles observées en Bretagne. Au-delà des similitudes entre les affections, similitudes qui sont peut-être accentuées par une identification, une description et une classification déficientes des maladies à cette époque, le bilan de santé des Canadiens se démarque surtout par la presque

absence d'endémies meurtrières et, à quelques exceptions près, par la faible mortalité engendrée par les maladies épidémiques. En période de crise, la croissance démographique de la colonie, contrairement à la situation qui prévaut en Bretagne, est freinée mais non compromise. En fait, le nombre de décès n'excède celui des naissances qu'à quelques reprises seulement. Généralement introduites de l'extérieur, les maladies épidémiques ne sont pas liées, contrairement à ce que l'on retrouve à plusieurs moments en Europe, à des crises de subsistance. Les meilleures conditions de vie des Canadiens, un régime alimentaire plus équilibré, une densité de population plus faible, un climat sain et une infrastructure hospitalière et médicale plus élaborée, telles sont les éléments qui expliquent en partie cette situation plus favorable.[9]

La ressemblance au niveau des maladies entre le Canada et le vieux continent favorise donc l'implantation d'une médecine similaire à celle de la métropole.

Le corps médical

La structure légale

Aux XVII[e] et XVIII[e] siècles, en France comme en Angleterre, la pratique médicale est hiérarchisée. À la tête de la pyramide soignante, on retrouve les médecins. Peu nombreux, ils jouissent d'une formation universitaire qui leur confère statut et prestige. Leur instruction, comme leur origine sociale, conditionnent leur pratique: ils enseignent, prescrivent thérapeutiques, médicaments ou régimes et supervisent les opérations chirurgicales. Tout travail manuel est exclu de leur pratique. Compte tenu des coûts de leurs traitements, la clientèle des médecins est essentiellement urbaine et se recrute dans la bourgeoisie et l'aristocratie.[10]

Au XVII[e] siècle, la chirurgie est perçue comme un art mineur et le chirurgien ramené au rang de barbier. En France tout comme en Angleterre, ce n'est qu'au milieu du siècle suivant que les deux métiers seront légalement séparés. La formation de chirurgien découle d'un apprentissage et non d'une formation universitaire. Leur pratique se cantonne au traitement des affections externes et des blessures: ils ouvrent les abcès, saignent, appliquent des ventouses et des cautères, pansent les plaies et soignent fractures et luxations.

L'apothicaire, quant à lui, occupe le dernier rang de la hiérarchie médicale, bien qu'en France une corporation les regroupe depuis la fin du XV[e] siècle. Ni profession, ni métier, cette activité est plutôt considérée comme un commerce.

Au cours du XVIII[e] siècle cependant, cette hiérarchie de la pratique médicale tend à se modifier. Les chirurgiens sont alors en pleine ascension sociale. En France, en 1756, l'édit de Compiègne élève la chirurgie au rang d'art libéral. En fait, l'enseignement de la chirurgie n'a cessé de se raffiner et les techniques de s'améliorer. L'écart qui sépare le barbier du chirurgien s'élargit de plus en plus.

Au Canada, les frontières entre la médecine, la chirurgie et la pharmacie sont plus ténues. Cette situation s'explique en partie par le fait qu'au cours des XVII[e] et XVIII[e] siècles seulement quelques docteurs en médecine s'établissent dans la colonie. En plus d'être peu nombreux, les médecins sont peu accessibles pour la population

en général. Si l'on se fie aux mentions de frais médicaux dans les dettes passives inscrites dans les inventaires après décès des habitants de la ville de Québec pour la période 1690-1759, le recours au médecin est exceptionnel; à peine six mentions de médecins pour près de deux cents de chirurgiens. Qui plus est, l'utilisation des services du médecin semble réservée aux mieux nantis. Un seul inventaire d'artisan signale la visite d'un médecin. Ainsi, Michel Sarrazin, le médecin le plus célèbre du Canada et qui exerce pendant plus de 40 ans, n'est mentionné que dans les inventaires du gouverneur de Trois-Rivières et d'un marchand de Québec. En fait, durant le Régime français, le médecin ne semble accessible pour la majorité des individus que par le biais des hôpitaux desservis par le médecin du roi.

À l'instar des médecins, les apothicaires sont rares et installés en ville. En fait, à Québec, durant le Régime français, les apothicaires les plus importants sont ceux reliés à l'apothicairerie des Jésuites. Le frère Boussat puis, par la suite, les frères Boispineau acquièrent une grande renommée.

Les inventaires après décès et les comptes médicaux démontrent toutefois que les principaux fournisseurs de médicaments sont les chirurgiens. De fait, ce sont les chirurgiens qui sont responsables de l'essentiel de la pratique médicale dans la colonie et ils n'hésitent pas à remplir certaines fonctions normalement dévolues aux médecins et aux apothicaires.

De plus, jusqu'à la première moitié du XVIII[e] siècle, plusieurs chirurgiens sont également barbiers. En 1706, le perruquier Jean-Baptiste Cardinet engage François de la Minade comme garçon-chirurgien. Un de ses anciens apprentis, Charles Prieur, qui a appris auprès de lui son métier de «perruquier et à raser», se fait engager comme chirurgien en 1716 et 1717! Les comptes des chirurgiens démontrent à l'occasion le cumul des deux fonctions. Ainsi, le chirurgien Simon Soupiran, de Québec, réclame du notaire Rageot, vers 1714, «quinze mois de barbe à raison de 10 francs par année marché avec le sieur Rageot et sa famille pour l'année de barbes». Quatre ans plus tard, la succession du maître-boulanger Charles Remonneau lui doit la somme de 25 livres, «tant pour médicaments que pour raser».[11]

Après la Conquête, les apothicaires et les médecins deviennent plus nombreux. Toutefois, à part quelques médecins dont les qualifications sont bien établies, la plupart des individus s'intitulant

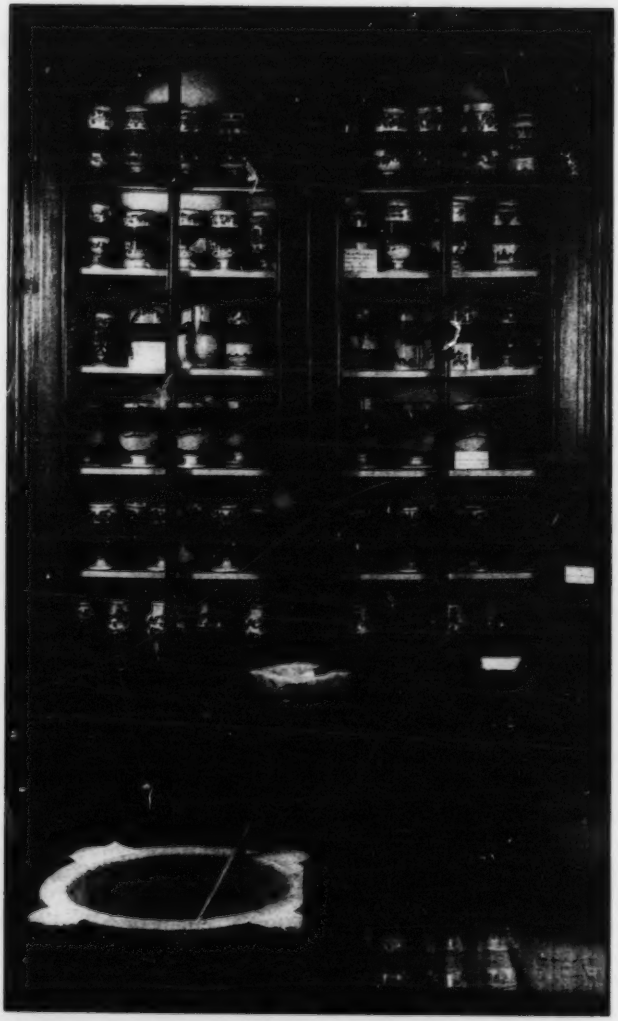

Figure 3. Pots de phamacie de faïence provenant de l'apothicairerie des Jésuites. Ils furent donnés à l'Hôpital Général de Québec en 1787 par le Révérend Père Glapion, supérieur général des Jésuites au Canada. Il est à noter que les étiquettes apposées sur ces pots sont postérieures à ce don. Musée de l'Hôpital Général de Québec. (Photo Denis Ross).

médecin ou apothicaire ne sont que de simples chirurgiens. La distinction au niveau de la pratique entre médecins, chirurgiens et apothicaires demeure donc à peu près inexistante. En 1786, par le biais de son avocat, le docteur Diller déclare que :

> Il est d'usage établi que quiconque est médecin en ce pays est aussi chirurgien et apothicaire et vice versa, ces trois états n'en font qu'un en cette province les Loix nées en ce pays n'ont encore rien ordonné au contraire.[12]

En principe, du moins jusqu'au milieu du XVIII[e] siècle, les chirurgiens sont sous le contrôle du lieutenant du premier chirurgien du roi, fonction créée au Canada en 1658 et abolie par la Cour en 1745 parce que jugée de peu d'utilité. Celui-ci pouvait recevoir les aspirants, décerner les lettres de maîtrise, évaluer les praticiens et dénoncer les contrevenants ou les incapables. En pratique, cet individu semble intervenir très peu. Ses activités semblent plutôt concentrées sur la production de rapports médicaux pour les tribunaux, en particulier dans les cas de blessures ou de morts suspectes. Au niveau du contrôle de la profession médicale, les interventions directes ou indirectes du titulaire du poste devant les tribunaux se limitent, en près d'un siècle, à deux cas connus. De plus, les chirurgiens ne seront pas regroupés au sein d'une communauté ou d'une confrérie et aucune maîtrise ne sera établie dans les villes. Après la Conquête, la situation ne change guère. Aucune structure, aucun organisme ni aucune réglementation ne régit, ne contrôle ni n'unit les praticiens avant l'ordonnance de 1788.[13]

Le monde des sages-femmes constitue un univers qui s'intègre plus ou moins formellement à la pratique médicale officielle. Aucune réglementation ne surveille la pratique des sages-femmes avant 1788 mais l'Église tente très tôt de la contrôler. Dans son *Rituel du Diocèse de Québec* publié à l'aube du XVIII[e] siècle, l'évêque de Québec prévoit que les sages-femmes seront élues par les femmes les «plus vertueuses et les plus honnêtes» de la paroisse réunies à cette occasion par le curé. Elles devront prêter serment et recevront les indications relatives à l'ondoiement des nouveaux-nés, ce baptême où seule l'ablution baptismale est faite, et qui doit être donné par les sages-femmes si l'enfant se trouve en danger. On comprend alors jusqu'à quel point il était important pour l'Église de s'ingérer dans l'univers de l'obstétrique.[14]

L'État, qui est demeuré longtemps absent du domaine de l'accouchement, n'intervient directement qu'en 1722 . La sage-femme Madeleine Bouchette, qui a reçu sa formation à l'Hôtel-Dieu de Paris, est alors envoyée dans la colonie par les autorités françaises. Un traitement annuel de 400 livres lui est versé, afin qu'elle demeure disponible pour les pauvres, fournisse son expertise lors de procédures judiciaires et enseigne les techniques de l'accouchement aux sages-femmes de la colonie.

Comme c'est le cas en Europe à la même période, l'obstétrique est un domaine où le médecin et le chirurgien sont peu présents. Les chirurgiens n'interviennent que dans les cas difficiles mais l'on remarque, tout au long du XVIII[e] siècle, que la présence masculine dans l'univers de l'accouchement devient de plus en plus fréquente. Certains chirurgiens se taillent d'ailleurs une réputation d'habiles accoucheurs, comme le chirurgien François Lajus, de Québec, qui exerça entre 1744 et 1799. Mais les chirurgiens eux-mêmes n'hésitent pas à faire appel à une sage-femme lorsque leur épouse accouche.

Cette intervention progressive de la médecine dans l'univers obstétrical se manifeste également, comme en Europe, par la mise sur pied de «cours d'accouchement» donnés par des chirurgiens à la fin du XVIII[e] siècle. De même, l'ordonnance de 1788, qui oblige tous ceux et celles qui pratiquent l'obstétrique dans les villes de Québec et de Montréal à subir un examen et à obtenir une licence, marque un tournant décisif dans le contrôle de la pratique des sages-femmes par les membres du corps médical.[15]

L'intervention de l'État dans le domaine de la pratique médicale coloniale, pour ténue qu'elle soit, prend tout de même diverses formes. Sous le Régime français, la distribution de remèdes aux pauvres témoigne de cette implication. Dès 1687, le gouverneur et l'intendant de la colonie signalent que cette mesure se révèle d'un «très grand secours et fait de grands biens». Elle devait se perpétuer jusqu'à la Conquête.

Par ailleurs, l'État assure un soutien financier aux institutions hospitalières, et, à quelques reprises, finance la distribution de secours aux plus démunis. Il prend par ailleurs en charge les aliénés et les enfants abandonnés. La nomination de médecins et de chirurgiens attachés au service des hôpitaux relève aussi de l'État. Bien qu'interrompues brusquement avec la Conquête, ces diverses interventions sont, toutefois, progressivement réintroduites par la suite.

Sur le plan de la réglementation médicale, peu de mesures sont adoptées. En 1710, une ordonnance interdit aux chirurgiens servant sur des navires de même qu'aux étrangers d'exercer dans la colonie. Quarante ans plus tard, une législation permet cette fois aux chirurgiens étrangers de pratiquer leur art mais les contraint à subir un examen. Enfin, en 1788, une ordonnance oblige tous les membres du corps médical à subir un examen et à obtenir une licence de pratique. Seuls les militaires et les diplômés universitaires sont exemptés de cette démarche.[16]

Les effectifs médicaux

La courbe des effectifs du corps médical suit un mouvement ascendant qui demeure toutefois inférieur à celui de la population. Ainsi, le nombre de praticiens passe de 19 en 1667 à 26 en 1709, à 41 en 1737, à 79 en 1765 et à 104 en 1788. Le nombre de médecins, chirurgiens ou apothicaires par 10 000 habitants est de 48,5 en 1667; 16,1 en 1709; 10,2 en 1737 et enfin de 7,2 en 1788.[17]

Les effectifs médicaux se répartissent inégalement sur le territoire. Au XVIII[e] siècle, le nombre de praticiens de la santé par 10 000 habitants est quatre fois plus élevée à la ville qu'à la campagne. De plus, les centres urbains retiennent les éléments les plus compétents et les plus expérimentés de même que les rares médecins et apothicaires.

Évolution des effectifs médicaux en fonction de l'origine ethnique (1667-1788)

ORIGINE ETHNIQUE	1667	1681	1695	1709	1723	1737	1744	1751	1765	1774	1788
FRANÇAIS	1	22	29	24	18	26	25	35	59	48	36
CANADIENS			3	2	10	13	10	9	6	6	5
BRITANNIQUES					1	1	1	0	9	10	31
ITALIENS						1	1	1			
AUTRICHIENS							1	1	1		
ALLEMANDS											29
SUISSES									2	1	1
PORTUGAIS									1	1	
POLONAIS											1
AUTRES									1	1	1
TOTAL	19	22	32	26	29	41	38	46	79	67	104

Même à la campagne, la répartition des effectifs médicaux est loin d'être uniforme. Quelques localités retiennent davantage les praticiens que d'autres. Les facteurs qui président au choix du lieu de pratique sont nombreux : parmi ceux-ci signalons l'aisance matérielle et les effectifs de la clientèle potentielle. Des paroisses bien établies telles Neuville, Château-Richer, Laprairie et L'Assomption comptent sur la présence régulière d'un ou de plusieurs chirurgiens.

Les Français dominent massivement le corps médical canadien jusqu'à la guerre d'Indépendance américaine (1775-1783) et ce, malgré la Conquête. Cette situation s'explique par l'absence d'une émigration importante, l'établissement de chirurgiens militaires français démobilisés et enfin par l'arrivée de chirurgiens français en provenance des colonies américaines, de Saint-Pierre-et-Miquelon et même de Londres.

La guerre d'Indépendance américaine apporte cependant avec elle un fort contingent de chirurgiens militaires britanniques et allemands qui s'installent dans la colonie. À l'intérieur de ce groupe, les Allemands prédominent. Ils forment plus du quart des effectifs médicaux canadiens en 1788.

On assiste alors à un phénomène important : les Britanniques s'installent principalement dans les villes tandis que les Allemands et les Français sont massivement présents dans les campagnes. Si aucun des trois groupes ne domine numériquement la profession médicale, les Britanniques tiennent cependant le haut du pavé et occupent d'emblée une position privilégiée.

Les chirurgiens allemands possèdent généralement une mauvaise réputation et leurs capacités professionnelles sont mises en doute. L'ordonnance de 1788 semble avoir été élaborée en bonne partie pour contrôler ce groupe. Si l'on examine les licences de pratique qui sont alors accordées, cette impression se confirme: sur les quinze «docteurs» d'origine allemande qui sollicitent ce permis, six ne seront habilités qu'à faire des saignées, à arracher les dents et à agir en tant qu'apothicaire.

En 1786, la moyenne d'âge des praticiens francophones est de 55 ans tandis qu'elle n'atteint que 35 ans pour les Allemands. L'impression d'incompétence accollée aux chirurgiens d'origine germanique trouve peut-être là son origine.

Figure 4. *Portrait de Pierre de Sales Laterrière (? – 1815). En 1789, il est le premier francophone originaire du Canada à obtenir un diplôme de docteur en médecine d'une université américaine. Archives nationales du Québec à Québec. Ministère des Affaires culturelles, Québec, Fonds Morisset, 1279-A-3.*

Ce survol de la composition du corps médical canadien met en relief un phénomène important, la faiblesse numérique des praticiens nés au Canada. Si, vers 1720-1740, le tiers des membres du corps médical étaient Canadiens, ils ne représentent plus que 8 pour 100 des effectifs en 1765 et moins de 5 pour 100 vingt-trois ans plus tard. Jusqu'au XIX[e] siècle, le corps médical est dominé par des Européens. Les praticiens, le savoir et les techniques sont donc importés du vieux continent.

En fait, si l'on retrouve quelques dynasties de chirurgiens dans les milieux urbains, telles les Benoît, les Forestier, les Lajus, les Beaudoin ou les Soupiran, celles-ci font plutôt exception à la règle. Le métier est rarement transmis de père en fils. Par ailleurs, il ne se forme au Canada que très peu d'apprentis. La transmission du savoir en sol canadien, et conséquemment l'apparition d'une pratique médicale officielle originale, se trouvent passablement limitées.

Il faut également souligner que plusieurs praticiens canadiens vont acquérir en France une formation que la colonie ne peut leur offrir. C'est le cas notamment de Gervais Beaudoin, né à Québec en 1686 et lui-même fils de chirurgien, qui pratique pendant quatre ans à l'hôpital de Rochefort en qualité de garçon-chirurgien avant de se perfectionner dans d'autres hôpitaux. Claude Benoît, fils d'un chirurgien montréalais, va pour sa part parfaire sa formation dans les hôpitaux parisiens.[18]

On connaît peu la formation reçue par les praticiens nés en France. Si certains ont appris leur métier par apprentissage, d'autres, par contre, sont diplômés d'universités, tel Bernard Duberger, chirurgien de Saint-Thomas-de-Montmagny, qui a fait ses études à la célèbre école de médecine de Montpellier.

D'ailleurs, la plupart des chirurgiens français qui s'établissent dans la colonie sont fils de membres du corps médical. De même, une grande partie ont des antécédents militaires. En 1695, c'est le cas pour au moins 44 pour cent d'entre eux.

La place qu'occupent médecins et chirurgiens dans le quotidien des Canadiens de cette période est difficile à cerner. Toutefois, des documents tels les inventaires après décès, par les mentions de dettes pour soins médicaux ou médicaments, ou les livres de comptes permettent de préciser le recours aux praticiens. Ainsi, à Québec, pour la période allant de 1690 à 1789, 23 pour 100 des inventaires après décès comportent de telles mentions. C'est dire que le recours aux services des membres du corps médical n'est pas un phénomène marginal.

Les livres de comptes des praticiens et les comptes pour fournitures de soins médicaux qui nous sont parvenus suggèrent que toutes les catégories sociales utilisent les praticiens, du journalier au marchand, en passant par l'artisan, le fonctionnaire et le bourgeois. Toutefois, il est difficile de connaître avec précision si les plus démunis ont recours ou accès au chirurgien. En effet, les services médicaux peuvent coûter cher et même très cher. Ainsi, sur une période de cinq ans, la famille du négociant québécois André Bouchaud accumule une dette de 1 046 livres françaises auprès du chirurgien Elie Laparre. Qui plus est, le chirurgien attitré de la famille ne serait pas ce dernier mais plutôt son confrère Louis-Philippe Badelart! Il est donc probable que le recours au chirurgien s'avère limité voire impossible pour les moins nantis. Les soins médicaux prodigués aux domestiques sont généralement à la charge de leur employeur.

Les malades utilisent rarement le médecin et préfèrent opter pour le chirurgien, plus accessible. En fait, si des individus comme Michel Sarrazin ou Jean-François Gaultier ont acquis la réputation d'être d'excellents médecins, leurs activités quotidiennes semblent laisser peu de place à une pratique privée étendue. Ils cumulent diverses fonctions. On les retrouve comme conseillers au sein du Conseil supérieur. Ils sont médecins des hôpitaux, ils herborisent ou

font d'autres activités scientifiques, correspondent avec des membres de l'Académie royale des Sciences, bref, deviennent des individus en vue dont l'opinion est souvent sollicitée par les autorités sur des sujets très variés.

Comme la médecine actuelle, la médecine de l'époque a ses limites, connaît des échecs. Des poursuites en justice s'ensuivent quelquefois. Accusations de négligence, comme affronte en 1786 le chirurgien montréalais Alexandres Serres, diplômé de l'Académie royale de chirurgie de Paris, ou encore accusations de calomnies, telles celles proférées, 100 ans plus tôt, par le cloutier Isaac Lemieux contre le chirurgien québécois Baudoin. En fait, si on reconnaît généralement l'utilité des membres du corps médical, la critique de leur pratique ou de leur compétence n'est pas exclue.

À mi-chemin entre le religieux et le médical se dresse l'hôpital. Au service du corps et de l'âme, il offre aux plus démunis mais également à la population la possibilité de recevoir, généralement gratuitement, des services de santé et d'assistance publique.

L'infrastructure hospitalière

La diffusion du christianisme entraîna dans son sillage celle du concept d'hospitalité. Florissante au Moyen Âge, cette hospitalité, qui se fonde essentiellement sur la charité, prend la forme d'institutions qui rassemblent, dans un nouvel élan, pèlerins et voyageurs puis démunis et malades. À compter du XVII[e] siècle, la France se dote d'un véritable réseau hospitalier dont l'essor est accompagné de la création de nouveaux ordres religieux qui en assurent le fonctionnement. Deux principaux types d'hôpitaux se distinguent: hôpital général et hôtel-Dieu.

Les hôpitaux généraux

L'hôpital général, dont la création remonte à 1657, est d'abord un lieu d'enfermement des pauvres. L'ordre établi perçoit comme une sourde menace la mendicité et le vagabondage, et l'hôpital général apparaît comme une solution aux problèmes aigus que posent alors ces démunis. En cette période mercantile, si soucieuse de «mettre tout le monde au travail», cette institution apparaît également comme un lieu de production. Toutefois, l'échec de l'entreprise devient vite évidente et la vocation des hôpitaux généraux s'élargit pour accueillir les infirmes, les vieillards, les prostituées, les enfants abandonnés et les démunis atteints de maladies mentales.[19]

De même, les hôpitaux généraux en Nouvelle-France ont des finalités similaires. En 1688, les Canadiens traversent une période difficile. Depuis 1682, la guerre avec les Iroquois, les épidémies, la baisse de la traite des fourrures et les mauvaises récoltes sont responsables d'une hausse du nombre des nécessiteux. Afin de les secourir et d'éliminer la mendicité, le Conseil souverain institue un Bureau des pauvres à Québec, à Trois-Rivières et à Montréal et donne ainsi naissance au premier système d'assistance publique du pays. Administrés principalement par des laïcs, les bureaux des pauvres suivent le modèle établi en France dès le XVI[e] siècle. Ils visent à aider les gens dans le besoin par des dons ou en leur trouvant du travail. À Québec, du moins, l'organisme fonctionne jusqu'à son remplacement, en 1692, par un hôpital général. Six ans

plus tard, le Conseil souverain rétablit les bureaux des pauvres. Irremplaçables pour les malades chroniques, les infirmes et les personnes âgées, les hôpitaux généraux ne conviennent guère aux autres nécessiteux, n'empêchant pas la mendicité et même, au dire de contemporains, encourageant la fainéantise. Des bureaux réapparaissent, notamment à Montréal, et dans au moins une paroisse rurale, celle de Sainte-Famille sur l'Ile d'Orléans. Toutefois, pour des raisons qui demeurent inconnues, cette forme d'assistance publique cesse vers 1700.[20]

Les hôpitaux généraux, par contre, se révèlent rapidement indispensables. Fondé en 1692, l'Hôpital Général de Montréal est d'abord administré par des Hospitaliers connus sous le nom de Frères Charron. En 1747, madame d'Youville et les Soeurs grises le prennent en charge à leur tour.

En 1692, le roi accorde des lettres patentes pour l'érection d'un hôpital général à Québec. La générosité de M^gr^ de Saint-Vallier permet de fournir une assise financière à l'institution. D'abord géré par des directeurs et des administrateurs majoritairement laïcs, l'établissement passe en 1698, sous le contrôle de l'évêque de Québec. Dès 1693, des religieuses provenant de l'Hôtel-Dieu de Québec s'occupent de l'hôpital. En 1717, un asile d'aliénés pour femmes et, en 1722, un asile pour hommes sont adjoints à cette institution. Un logement pour les femmes «pécheresses» est ensuite ajouté et, à la même époque, l'hôpital accueille les soldats infirmes ou impotents qui y remettent leur demi-solde. Une nouvelle aile est construite en 1738 pour les héberger. À la fin du Régime français, un mémoire note que l'Hôpital Général, contrairement à l'Hôtel-Dieu, se spécialise dans le soin des «Invalides, [des] infirmes, des vieillards, des estropiés de l'un et l'autre sexe, des fous, des folles, des filles et des femmes de mauvaise vie».[21]

Les hôtels-Dieu

La vocation des hôtels-Dieu est tout autre. Ici, le pauvre malade a sa place. Cette institution, toutefois, n'est pas uniquement réservée au soin du corps. Elle le transcende en effet pour atteindre l'âme. L'institution est donc intrinsèquement liée au salut de l'âme et la «période d'hospitalisation doit être un temps de grâce, ou du moins de régénération morale». Les hôtels-Dieu sont aussi des «lieux de rédemption» pour le personnel soignant.

Figure 5. *Religieuses soignant à la fois le corps (à droite) et l'âme (à gauche). Le lavement des pieds d'un malade (au centre), geste symbolique, rappelle celui posé par Marie-Madeleine envers le Christ. Les Augustines, Thibermont (Neuville-les-Dieppe), France. (Copie photographique aux Archives du Monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec).*

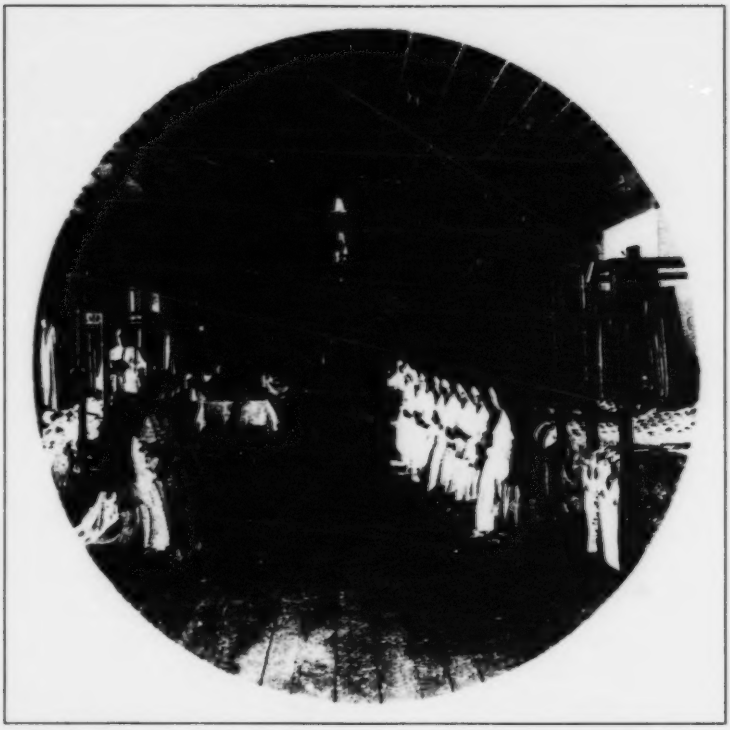

Figure 6. *Une des salles de malades de l'Hôtel-Dieu de Québec en 1877. Les règles régissant le fonctionnement de cette institution sont restées à peu près les mêmes entre le XVII^e^ et le XX^e^ siècle. Archives nationales du Québec à Québec, Fonds Louis-Prudent Vallée, GH-270-145.*

C'est au Mexique, en 1522, que les Espagnols érigent le premier hôpital en Amérique. En 1639, les Français implantent à Québec le premier hôpital au nord du Rio Grande. À la fin du XVII^e^ siècle, le Canada a déjà mis en place un réseau hospitalier qu'il conservera presque intact pendant une centaine d'années. Généralement fondées et gérées par l'Église et soutenues par l'État, ces institutions demeurent essentiellement françaises. Leur architecture, leur fonctionnement et leur idéologie sont issus d'une longue tradition hospitalière. Les règlements et les constitutions des communautés religieuses françaises servent également de cadre à leur action dans la colonie.

L'arrivée à Québec en 1639 de trois Hospitalières de la Miséricorde de Jésus concrétise la fondation de l'Hôtel-Dieu de Québec. Ces religieuses viennent de l'Hôtel-Dieu de Dieppe, fondé au VIII[e] ou IX[e] siècle et qui fut pris en charge par ces religieuses au XII[e] siècle. Madame de Combalet, nièce de Richelieu et duchesse d'Aiguillon, est la fondatrice de ce nouvel hôpital qui doit être au service des Amérindiens «afin de contribuer à leur conversion et à leur salut». Dans cet esprit d'évangélisation, les Hospitalières s'établissent d'abord à Sillery, au cœur d'une réserve créée pour les Amérindiens par les Jésuites. Leur séjour sera de courte durée puisque la mission est bientôt désertée en raison du conflit avec les nations iroquoises. En 1644, elles gagnent Québec, et cette année marque le début des travaux de construction de l'Hôtel-Dieu. Détourné de sa vocation première, l'Hôtel-Dieu n'accueille plus qu'une rare clientèle amérindienne qui représente moins de 4 pour 100 des admissions à la fin du XVII[e] siècle et moins de 1 pour 100 en 1744.[22]

En 1648, le nombre de religieuses se chiffre à neuf et l'hôpital compte alors une dizaine de lits. Au milieu du XVIII[e] siècle, il compte quarante lits répartis entre deux salles – l'une pour les hommes et l'autre pour les femmes – et quelques chambres particulières pour les officiers et les prêtres. En 1755, un incendie désastreux le détruit. Reconstruit, il est cependant occupé par les troupes anglaises de 1759 à 1784.

Grâce aux subsides de Madame de Bullion, un hôtel-Dieu est également fondé à Montréal par Jeanne Mance. Sa construction débute en 1644 et des Hospitalières de La Flèche le prennent en charge en 1659. En 1734, le personnel de l'hôpital est composé de quarante religieuses et de six domestiques. Les malades sont alors «communement au nombre de 35 ou 40 des deux Sexes et la plûpart Sont traittés gratuitement».[23]

Enfin, grâce au support financier de Monseigneur de Saint-Vallier, évêque de Québec, des Ursulines de Québec fondèrent, en 1697, un hôtel-Dieu à Trois-Rivières. L'aide fournie par l'illustre prélat en faveur de cet établissement doit servir à l'entretien de six lits pour six malades. Soldats et habitants sont admis dans cette institution. En 1750, les religieuses, ayant perdu six des leurs lors d'une épidémie survenue durant l'hiver précédent, supplient les autorités de former un hôpital ailleurs afin qu'elles puissent cesser d'«exercer l'hospitalité». À ces propos, l'intendant Bigot rétorque

qu'il leur reste neuf religieuses et que ce nombre devrait «sufire pour un aussi petit hôpital, n'y ayant qu'une chambre de dix Lits». À la fin du XVIII[e] siècle, le voyageur Isaac Weld observe que cet établissement est composé de deux salles contenant chacune douze ou quatorze lits très bons et tenus très proprement.[24]

Les hôpitaux comptent sur les services de médecins et de chirurgiens, généralement nommés et payés par l'État, et d'apothicaires, choisis essentiellement parmi les religieuses, de même que sur un personnel composé de garçons-chirurgiens, d'aides-apothicaires, d'infirmiers, de servantes et de serviteurs, et de domestiques. Les religieuses jouent un rôle de premier plan dans le soin des malades, et leur travail est régi par des règlements qui précisent leurs activités.

La place des hôpitaux, et en particulier des hôtels-Dieu, est importante dans la société canadienne. Ainsi, entre le 1[er] juin 1689 et le 12 juillet 1759, 41 344 malades bénéficient des soins des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec, soit une moyenne de 589 individus par année. De plus, cette institution accueille dans ses salles des patients qui proviennent de toutes les couches de la société. Le journalier côtoie le marchand; le pauvre, le riche. En 1718, le bénédictin Dom Georges-François Poulet note que c'est «une coutume dans ce pays que tout le monde s'y fait mener dans la maladie, grands, riches, et tous les ecclésiastiques et cela à cause de la commodité du médecin et des remèdes qui s'y trouvent à propos et à cause des soins tout particuliers que les religieuses ont des malades».[25] De même, en 1731, le gouverneur Beauharnois et l'intendant Hocquart notent :

> Non seulement les Soldats et les pauvres habitants Sont reçus à Lhotel Dieu: mais encore les Bourgeois de cette ville (Québec), Et les habitants aisés qui Sont presque tous Sans distinction dans L'usage de Se faire transporter dans les hôpitaux quand ils Sont malades.[26]

Outre une alimentation diversifiée, le malade peut obtenir, généralement gratuitement, des soins médicaux et chirurgicaux. Un document daté de 1739 constate qu'à Québec, «les grandes operations se sont toujours faites à l'hôtel-Dieu». L'hôpital n'apparaît ni comme l'antre de la mort, ni comme son antichambre. En effet, à l'Hôtel-Dieu de Québec, 92,5 pour 100 des hommes

et 95,8 pour 100 des femmes soignées par les religieuses entre 1689 et 1698 survivent. Pour l'année 1744, on compte 53 décès pour 657 hospitalisés, ce qui représente 8 pour 100 des patients.[27]

Toutefois, les malades ne sont pas tous admis d'emblée à l'hôpital. À l'Hôtel-Dieu de Montréal, le *Coutumier* de 1688 recommande en effet que ceux qui sont atteints de «Contagion, Lepre, Verolle, Flux de sang, Teigne, Galle inveteré ou maligne, Paralysie, Ecroüelles», de même que «les aveugles confirmez, les mutilez, les insensez, les épileptiques, les femmes enceintes, les enfans au dessous de sept ans, les autres maladies jugées incurables», soient exclus de ses murs.[28]

À Québec, les règlements sont similaires. La *Constitution* de 1631 de l'Hôtel-Dieu de Québec précise que:

> l'Hospitalière ne recevra aucun malade sans le sceu, & le consentement de la Mere; & qu'elle le face visiter par le Medecin, ou par le Chirurgien, s'il y a quelque apparence de douter, qu'il ait quelque mal dangereux; tel escrouelles, le mal qu'on nomme de S. Main, la lepre, & tout autre qui se gagne par communication, ou quelque frenesie naturelle; car en tel cas, il ne faut point recevoir.[29]

La *Constitution* de 1666 ajoute au nombre des exclus les patients atteints de cancer et du «mal caduc».

Les épidémies et l'arrivée de navires ayant à leur bord de nombreux malades occasionnent bien des problèmes. Faisant fi de leurs règlements, les religieuses admettent alors des contagieux. En 1665, par exemple, les bateaux qui transportaient Talon, Courcelle et Tracy amenèrent en une seule journée 130 malades à l'hôpital. Le même scénario se répète en 1685. Le 25 octobre 1740, lors de l'épidémie apportée par le navire *Le Rubis*, sœur Duplessis de Sainte-Hélène écrit: «Les salles, greniers, parloirs extérieurs et chambres dépendantes de l'Hôtel-Dieu, tout en est plein, et à peine pouvons-nous passer entre leurs lits».[30]

Plusieurs malades viennent se faire soigner à l'Hôtel-Dieu de Québec sans être nécessairement hospitalisés. Selon une religieuse : «Beaucoup de personnes (...) venoient a Cet hopital Se faire panser de legeres playes». De plus, les religieuses fournissaient gratuitement aux pauvres de la ville et de la campagne des médicaments sur ordonnances du médecin ou du chirurgien-major.[31]

Institutions gérées par l'Église et soutenues par l'État, les hôpitaux jouent un rôle essentiel. C'est principalement par leur biais que les plus démunis ont accès à des soins médicaux. Typiques de la médecine européenne de cette époque, ces soins, qu'ils soient prodigués à l'hôpital ou ailleurs, s'inscrivent à l'intérieur d'une tradition plusieurs fois séculaire.

La pratique médicale n'est pas exclusive aux hôpitaux et au corps médical. Des pratiques parallèles offrent au malade une alternative.

Les pratiques parallèles

Au Canada comme en Europe, deux types de médecine coexistent parallèlement. La médecine officielle, reconnue, cède parfois le pas à des pratiques parallèles variées, souvent bien établies, auxquelles la population n'hésite pas à avoir recours.

Les rebouteux

C'est le cas notamment pour les rebouteux ou ramancheurs, qui se spécialisent dans les cas de luxation. En 1852, un médecin note qu'une famille de Charlesbourg, les Beaumont, semble pratiquer cet art de génération en génération depuis le Régime français. En 1780, au cours d'une violente dispute, le menuisier Paul Thibodeau assène des coups de genou à l'épouse de Jean Morar dit Laforme. Ressentant des douleurs à l'estomac, elle se rend chez «la Bonnefemme Beaumons» qui, après lui avoir «remis deux cottes», lui déclare qu'elle a «la palette de Lestomac Demanchée (et) quelle Sen Sentirois Longtems». On retrouve même, en 1781, dans les livres de comptes de l'Hôtel-Dieu de Québec, une mention à l'effet que «la bonne femme bomont» a reçu six livres «en reconnaissance des services qu'elle a rendûs aux publique».[32]

Le clergé

Par ailleurs, les curés sont souvent appelés à jouer le rôle de médecin : leur instruction et leur présence dans des milieux souvent privés de praticiens les désignent d'emblée à ce titre. Les autorités leur demandent souvent de distribuer des médicaments. À la fin du XVIII[e] siècle, l'un d'eux, le curé Corbin, fournit à la population des médecines dont la variété est comparable à celle des meilleurs chirurgiens.

Lors de l'épidémie de syphilis qui éclate dans la population de la paroisse de la Baie-Saint-Paul (Charlevoix) à la fin du XVIII[e] siècle avant de se propager à l'ensemble de la colonie, le clergé, répondant à l'appel des autorités, distribue des médicaments et des indications thérapeutiques. Certains religieux, toutefois, s'opposent avec véhémence à ce rôle qu'entendent leur faire jouer les autorités

coloniales. C'est le cas notamment du curé Ménard, de Chambly, dont l'argument principal est le manque de connaissances des religieux en matière médicale : «dix-neuf vingtième d'entre... [eux] n'y entendent goûte», écrit-il. Il craint que les religieux confondent les symptômes de plusieurs maladies avec ceux du mal de la Baie Saint-Paul et redoute les accidents et les complications qui pourraient éventuellement survenir. Le livret accompagnant les médicaments envoyés par le gouvernement reste muet à ce sujet. Toutefois, la collaboration du clergé est généralement acquise.[33]

Empiriques, charlatans et sorciers

Des individus d'origines diverses se mêlent également de médecine. C'est le cas du Breton, Yves Phlem, établi à Sainte-Anne-de-la-Pérade en 1727. Sa réputation de guérisseur s'étend à toute la colonie. De partout, des gens accourent chez lui et y demeurent jusqu'à leur guérison ou... leur décès! En 1737, les autorités lui interdisent de pratiquer la médecine sans avoir au préalable subi un examen devant le médecin Michel Sarrazin et obtenu un certificat attestant ses compétences. D'autres individus ont pu être identifiés, tel ce Jean Doyon qui reçoit, en 1748, quatre livres en paiement de «plusieurs saignées par lui faites aux sauvages de Panaamké», ou encore ce Jacques Houde, habitant de la paroisse de Sainte-Antoine, présenté dans un document comme chirurgien, bien qu'il n'en ait pas les qualifications. Le titre de chirurgien semble rarement usurpé, bien que quelques individus aient été traduits en justice pour avoir fait usage de ce titre. En 1716, Pierre Duverger doit subir un examen et obtenir un certificat s'il veut continuer de pratiquer la chirurgie et de s'appeler chirurgien.[34]

La magie et la sorcellerie font également partie des recours possibles. À la fin du XVIII[e] siècle, une femme de la Pointe-Lévis tombe dans des convulsions, à la suite desquelles elle demeure dans un état de «dérangement» d'esprit. Ne pouvant expliquer son comportement, ses proches la considèrent possédée du démon et ils souhaitent que le curé de la paroisse l'exorcise. Mais face au refus du curé et de l'évêque, ils font appel aux services d'une femme qui a la réputation d'être magicienne. Livrée à ses soins, la malade subit un traitement cruel :

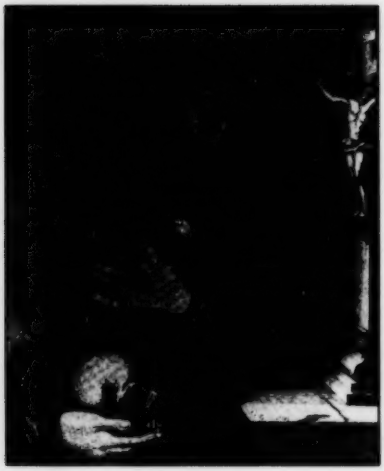

Figure 7. *Le frère Didace Pelletier (1657–1699), récollet du couvent de Trois-Rivières, fut l'objet d'un culte populaire peu de temps après sa mort en odeur de sainteté. Plusieurs guérisons miraculeuses lui furent attribuées. Gravure de Jean-Baptiste Scotin, XVIII^e siècle. Archives du Monastère de L'Hôtel-Dieu de Québec.*

> [Elle] a été jetté dans une cuve par quatre hommes et là tenue quatre heures durant, dans la situation la plus violente et la plus cruelle d'où elle est sortie martyrisée et furieuse, sans que les invocations de la prétendue sorcière aient pu lui donner aucun soulagement.[35]

Religion et saints thaumaturges

Dans une société où le surnaturel tient une place importante, la population se tourne aussi vers la religion ou vers des individus qui ont la réputation d'être dotés de pouvoirs. Détenteurs de «dons», de secrets ou de pouvoirs liés à la sorcellerie, ces thaumaturges pratiquent des «guérisons». Dès la fin du XVII^e siècle, par exemple, de telles guérisons miraculeuses furent attribuées au frère Didace Pelletier mort en odeur de sainteté.

Vœux, promesses, offrandes et pèlerinages ne sont que quelques-unes des méthodes par lesquelles les malades espèrent s'attirer la bienveillance divine.

En Europe, les pèlerinages sont plus qu'une tradition. Le Moyen Âge a vu des milliers de pèlerins sillonner le territoire actuel de l'Europe à la recherche de leur rédemption ou de leur guérison. Des lieux célèbres, tels Saint-Jacques-de-Compostelle dans le nord de l'Espagne ou encore le Mont-Saint-Michel dans le nord-ouest de la France, ont à eux seuls contribué à établir une

solide tradition de pèlerinage qui sera reprise dans la colonie. Sainte-Anne-de-Beaupré, dont la chapelle est érigée en 1658, demeure le lieu de pèlerinage le plus célèbre. Les premières guérisons sont attestées lorsqu'une image de sainte Anne est placée dans le lieu de culte. En 1665, Marie de l'Incarnation écrit que l'on «y voit marcher les paralytiques, les aveugles recevoir la vue et les malades de quelque maladie que ce soit recevoir la santé». De partout les malades s'y rendent en pèlerinage; le phénomène a traversé les siècles et perdure. En 1679, un chirurgien de la région de Montréal, qui a intenté une poursuite en défaut de paiement pour des soins prodigués à une femme, est débouté en cour, après que l'époux de la malade ait fait valoir qu'elle a été guérie lors d'un pèlerinage à Sainte-Anne-de-Beaupré et non, comme le suggérait le chirurgien, grâce à son traitement.[36]

Comme en Europe, les périodes d'épidémies accroissent la piété et les dévotions populaires. Saint Roch, invoqué en Europe lors des épidémies de peste, fait notamment l'objet d'un culte particulier. Dans la colonie, cette dévotion devient si populaire en temps d'épidémies que la chapelle qui lui est dédiée près de la rivière Saint-Charles se révèle bientôt trop exiguë.

Thérapeutiques et médications

Aux XVII[e] et XVIII[e] siècles, les procédures d'investigations cliniques sont limitées : le praticien ne dispose pas de l'arsenal technique et des méthodes qui nous sont familiers. Le stéthoscope, la prise de la température ou de la tension artérielle ne seront inventés ou popularisés qu'au XIX[e] siècle.

Le praticien procède néanmoins à un examen physique du malade et le questionne sur l'origine, l'importance et les causes présumées du mal. Ses antécédents médicaux, son régime de vie et son environnement l'intéressent aussi. La qualité du pouls, l'aspect du sang, des selles et des urines sont aussi pris en considération. Fort de ces renseignements, le praticien pose alors un diagnostic et prescrit un traitement approprié. À l'occasion, les consultations se font par correspondance.[37]

Bien que remise en question dès le début du XVII[e] siècle, la pratique médicale se fonde encore sur la théorie des humeurs. Ces humeurs, ce sont les fluides du corps tels que le sang, la pituite, la bile ou le chyle. En vertu de cette ancienne théorie, la maladie est le produit d'un déséquilibre qualitatif ou quantitatif de ces fluides ou humeurs. Pour rétablir cet équilibre perdu, le praticien doit faire évacuer certaines humeurs jugées excessives : il a alors recours, en particulier, à la saignée, aux lavements et aux vomitifs. S'il juge que les qualités des humeurs sont altérées, il prescrira, par exemple, des cordiaux qui renforceront le sang. Dans certains cas, la chirurgie peut s'avérer nécessaire.[38]

Les interventions chirurgicales

La médecine des XVII[e] et XVIII[e] siècles fait également appel à la chirurgie qui, à cette époque, est en pleine expansion. Dès la Renaissance, les connaissances anatomiques et physiologiques se développent. L'anatomiste flamand André Vésale (1514 - 1564), au milieu du XVI[e] siècle, donne un élan décisif à l'étude de l'anatomie et publie des planches anatomiques d'une qualité inégalée pendant deux siècles. Grâce à l'utilisation du microscope, le monde de l'infiniment petit devient accessible au XVII[e] siècle. À l'aide de cet instrument, l'Italien Marcello Malpighi (1628 - 1694) découvre,

Figure 8. Amputations de l'avant-bras. Laurent Heister, ***Institutions de chirurgie****, tome 2, Paris, P. Fr. Didot le jeune, 1771, planche 14. Bibliothèque du Séminaire de Québec, Ancien fonds. (Photo Denis Ross).*

entre autres, les vaisseaux capillaires et le naturaliste hollandais Antonie van Leeuwenhoek s'intéresse aux globules rouges et aux spermatozoïdes.

Toutefois, malgré des progrès significatifs tant au niveau des connaissances que des techniques, progrès qui contrastent avec le dogmatisme de la médecine encore très centrée sur Galien et Hippocrate, la chirurgie se heurte à des obstacles majeurs. Faute d'une connaissance des causes de l'infection, les mesures favorisant l'asepsie et l'antisepsie relèvent de l'empirisme ou du hasard. De même, en l'absence de pinces hémostatiques, les hémorragies sont difficilement contrôlées. Enfin, la douleur s'oppose à la réalisation d'opérations prolongées. La dextérité et la rapidité d'exécution

Figure 9. Lancette utilisée pour faire des saignées. Musée de l'Hôtel-Dieu de Québec. (Photo Denis Ross).

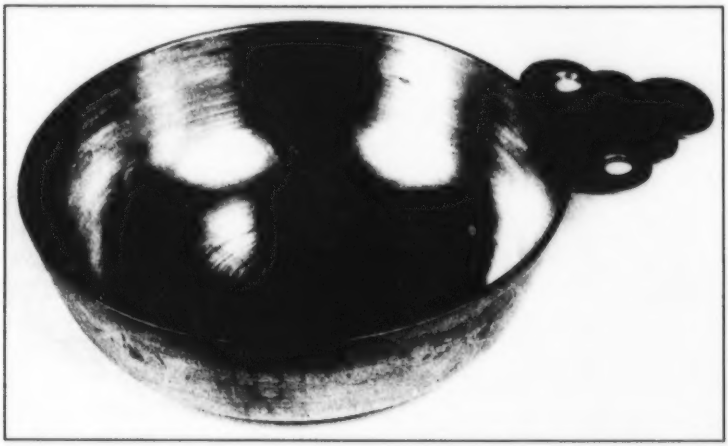

Figure 10. Palette aussi appelée poilette servant à recueillir le sang lors des saignées. Collection des religieuses hospitalières de Saint-Joseph. (Photo Denis Ross).

constituent les qualités essentielles de tout bon chirurgien. Si, dans certains cas, l'alcool ou les produits à base d'opium atténuent la douleur, les cris et la souffrance demeurent omniprésents.

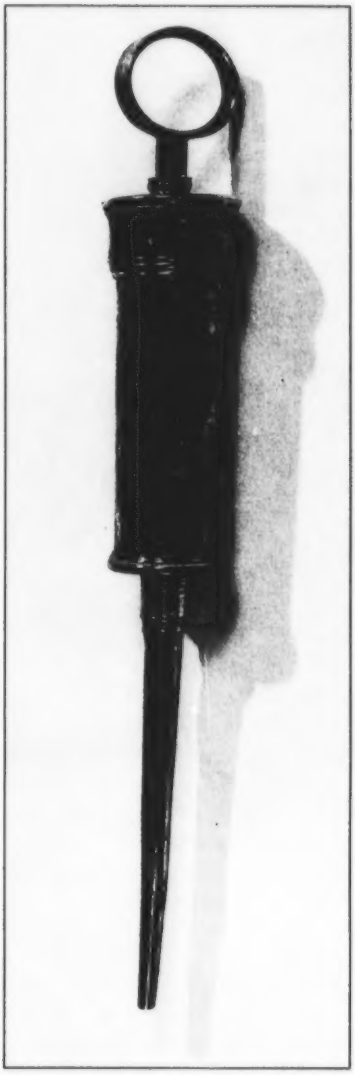

Figure 11. *Seringue en argent. Musée de l'Hôtel-Dieu de Québec. (Photo Denis Ross)*

Malgré ces limites, le champ d'intervention de la chirurgie reste très vaste. Elle se définit au XVIII[e] siècle comme la «science qui apprend à connoître & à guérir les maladies extérieures du corps humain, & qui traite de toutes celles qui ont besoin pour leur guérison, de l'opération de la main, ou de l'application des topiques».

Aux XVII[e] et XVIII[e] siècles, la phlébotomie, que l'on désigne alors sous le nom de saignée, consiste en une incision pratiquée dans un vaisseau sanguin afin d'éliminer une certaine quantité de sang. Il s'agit là, sans contredit, de l'acte médical le plus souvent posé. La saignée est à la fois perçue comme une mesure préventive et curative et se pratique généralement au bras ou au pied. La plupart des comptes médicaux qui nous sont parvenus mentionnent cette mesure thérapeutique. Cet usage est parfois jugé abusif et, à ce titre, dénoncé par quelques contemporains qui s'insurgent contre cette pratique répétitive. Ainsi, en 1744, sœur Marie-André Duplessis de Sainte-Hélène, religieuse à l'Hôtel-Dieu de Québec, signale qu'une maladie a tué un grand nombre de Canadiens et que ceux qui ont échappé à la mort éprouvent des difficultés à recouvrer la santé. Elle attribue cet état de chose aux

médecines qui leur sont prescrites de même qu'aux «saignées frequentes et copieuses qu'on leur fait».[39]

La seconde thérapeutique régulièrement employée est le lavement ou clystère. Il consiste en l'injection de liquides, additionnés ou non de produits médicinaux, dans les intestins du malade au moyen de seringues de tailles variables. Il s'agit là d'un traitement très répandu. La présence de seringues dans les inventaires après décès, tant chez les particuliers que chez les praticiens, atteste de la popularité de cette pratique.

Les cas de tumeurs, de plaies, d'ulcères, de fractures et de luxations relèvent aux XVII[e] et XVIII[e] siècles de la chirurgie. Un chirurgien de Neuville, François Grégoire, panse un certain Morisset pour «une playe sur Los de la jambe nomme le Tibia dont il a sorty plusieurs esquilles depuis le commencement du mois de may jusqu'au quinze de juin [1702]». En 1748, le chirurgien François Lajus reçoit des autorités coloniales une somme de quelque 100 livres pour avoir retiré une balle logée dans le genou d'un milicien qui a participé à une expédition militaire. Une somme de 300 livres lui est également accordée pour avoir «p[a]nsé et medicamenté le Sr Lusignan enseigne d'un Coup de feu qu'il a reçu aux mines à la partie moyenne de la cuisse gauche». Le cancer du sein fait déjà l'objet d'interventions, comme en témoigne une opération pratiquée en 1700 par Michel Sarrazin sur la religieuse Marie Barbier de L'Assomption.[40]

En 1769, le chirurgien Soupiran procède à l'ablation d'un polype du nez d'un marchand de la ville de Québec. Au XVIII[e] siècle, le polype est défini comme «une excroisssance charnue & fongieuse» formée dans la cavité nasale et que seule une intervention chirurgicale permet d'éliminer. La description de cette opération extraite des manuels de chirurgie de l'époque est particulièrement éclairante des conditions dans lesquelles s'exerce la chirurgie à l'époque.

> (...)avant l'opération, il faut faire les préparations convenables. On commence par saigner quelquefois le malade, & par le purger; on lui fait prendre les remèdes délayants & adoucissants; s'il y a quelque levain vérolique ou scorbutique, on fait prendre les remèdes capables de détruire ces maladies.

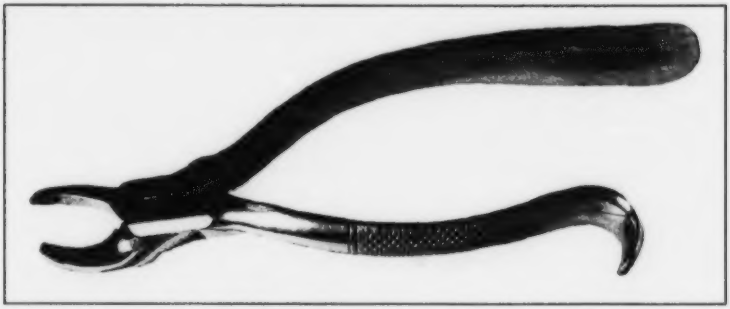

Figure 12. *Davier pour extraire des dents. Musée de l'Hôtel-Dieu de Québec. (Photo Denis Ross).*

Figure 13. *Clef dentaire pour molaire. Musée de l'Hôtel-Dieu de Québec. (Photo Denis Ross).*

> Pour extirper le polype, on fait asseoir le malade sur une chaise un peu panchée en arrière, & lui ayant tourné le visage du côté du jour; on porte des pincettes fenêtrées le plus avant qu'il est possible dans le nez, pour placer le polype entre les deux branches alors on le pince, on le tord doucement pour le déraciner, & on le tire hors du nez. Si le polype se casse, il faut le retirer par morceau; s'il descend dans la gorge, il faut l'arracher par la bouche.
>
> Quand l'hémorrhagie survient après l'opération, on tâche de l'arrêter en portant une tente ou un bourdonnet imbibé d'un styptique, ou chargé d'une poudre astringente. On tamponne & on remplit la narine de bourdonnet pour presser fortement sur l'artère ouverte.
>
> L'hémorrhagie arrêtée, on panse avec des bourdonnets, ou des tentes chargées de poudres astringentes & dessicatives.[41]

Les soins dentaires relèvent des chirurgiens qui arrachent les dents. Une certaine spécialisation apparaît à la fin du XVIII[e] siècle. En vertu de l'ordonnance de 1788, les chirurgiens les plus médiocres se voient alors confinés à cette pratique.

Si ce sont les sages-femmes qui, aux XVII[e] et XVIII[e] siècles, assistent habituellement les femmes lors des accouchements, les chirurgiens interviennent néanmoins de plus en plus dans l'univers de l'obstétrique. À l'occasion, les chirurgiens doivent parfois pratiquer des césariennes. En fait, la césarienne post-mortem est généralement admise et même recommandée par l'Église. Il importe alors que l'enfant vive et surtout qu'il soit baptisé. Toutefois, l'incision d'une femme vivante fait figure d'assassinat et se heurte à des résistances. En 1715, le chirurgien Guillaume Mauquest de La Motte estime pour sa part qu'il vaut mieux intervenir plutôt que de laisser la mère mourir. Nous savons qu'à la fin du XVIII[e] siècle, il y eut au moins deux cas de césarienne au Canada, dont une sur une femme vivante. L'opération vise alors à préserver la vie de l'enfant, du moins jusqu'à ce qu'il soit ondoyé ou baptisé.

Les médicaments

Aux XVII[e] et XVIII[e] siècles, la nosologie, c'est-à-dire la classification systématique des maladies, et le savoir relatif aux choix des médicaments sont déficients. La connaissance empirique, associée au charlatanisme, est alors méprisée par la médecine officielle au profit d'une approche dite rationnelle reposant sur des théories et des systèmes qui remontent au temps des Grecs Galien et Hippocrate. Enfin, les médicaments sont alors classés plus en fonction de leur impact sur les symptômes ou des effets que l'on cherche à produire sur les humeurs qu'au regard de leur action sur les causes réelles des maladies, causes généralement inconnues.[42]

Selon Nicolas Lémery, un des auteurs les plus renommés aux XVII[e] et XVIII[e] siècles dans le domaine de la pharmacie, les médicaments se divisent en deux catégories principales : les généraux et les spécifiques. Les médicaments généraux comprennent des produits favorisant une évacuation, une altération ou un renforcement des humeurs et ne sont pas reliés à une maladie précise. Ils se divisent en trois classes : les évacuants, les altérants et les fortifiants.[43]

Les remèdes évacuants ou purgatifs facilitent l'élimination des humeurs superflues et incluent les vomitifs, les sudorifiques, les laxatifs et les diurétiques. Les remèdes altérants changent l'état des liquides et des solides du corps mais ne provoquent pas leur élimination. Ils peuvent tout aussi bien humecter que dessécher les plaies, resserrer les fibres ou les relâcher ou encore provoquer l'assoupissement. Enfin, les remèdes fortifiants ou cordiaux sont propres à augmenter les forces.

Pour leur part, les médicaments spécifiques sont de huit ordres, parmi lesquels on retrouve les antispasmodiques, les antiscorbutiques, les antidotes contre les poisons ou les fébrifuges destinés à combattre la fièvre.

Entre les généraux et les spécifiques, il existe également des médicaments spécialisés dans le traitement de certains organes et de différentes parties du corps. Les remèdes dits céphaliques produisent ainsi «une vapeur agréable au cerveau», ophtalmiques pour le soin des yeux; les béchiques ou pectoraux sont utilisés contre les affections de la poitrine et les stomachiques pour contrer les maux de l'estomac. D'autres médicaments sont dits hépatiques, c'est-à-dire propres à corriger «les vices du sang», spléniques pour le soin

Figure 14. Mortier en bronze avec motifs à fleurs de lys et son pilon, XVII^e ou XVIII^e siècle. Collection des religieuses hospitalières de Saint-Joseph, 984x374a et 984x374b. (Photo Denis Ross).

de la rate, emménagogues pour provoquer les menstruations ou soulager les suites d'accouchement et enfin hystériques, parce que liés aux maladies de la matrice.

Les frontières qui séparent ces produits ne sont pas étanches et, en fonction de la nature de la maladie ou de l'état du malade, ils peuvent agir différemment. S'ils sont combinés, les effets peuvent être décuplés. Par exemple, dans la composition du «catholicum», réputé capable de purger toutes les humeurs, entre du polypode de chêne, des semences de fenouil, du sucre, de la casse, de la réglisse, de la rhubarbe, des feuilles de séné, de tamarin et enfin des semences de violette et d'anis.

La phytothérapie, c'est-à-dire l'usage de plantes médicinales pour le traitement des affections, constitue l'un des éléments essentiels de la pratique médicale de cette période. En effet, les végétaux forment la majorité des produits de base. Les fleurs, telles le coquelicot et la camomille; les feuilles comme celles du cerfeuil ou de l'absinthe sont utilisées. La résine de sapin ou d'épinette, par exemple, ou les racines de certaines plantes (iris, bardane et autres) entrent aussi dans la composition des produits médicinaux. C'est également le cas de semences, telles le carvi ou l'anis, et des farines, comme celle de l'orge.

Certains produits d'origine animale sont aussi mis à contribution: les œufs, le castoréum, la graisse de mouton ou encore les poumons de renard ne sont que quelques-uns des éléments

employés. Enfin, les minéraux et les métaux sont aussi utilisés, notamment le sel, le soufre, l'antimoine, le mercure, le plomb, le cuivre ou encore le fer.

Si ces produits de base sont souvent employés sans avoir subi de transformation, ils peuvent aussi faire l'objet d'un traitement. Ils seront, par exemple, bouillis pour être servis en infusions, pulvérisés, mondés ou distillés. Leurs formes et leurs consistances peuvent aussi varier en fonction de l'usage auquel ils sont destinés. Pour un emploi interne, ils seront pris sous forme de pilules, de sirops, de potions, de tisanes ou d'élixir. Les lotions, les cataplasmes, les onguents ou les collyres seront appropriés à un usage externe.

Les produits de base peuvent servir à confectionner des remèdes en suivant les indications des différents manuels de l'époque. Les Canadiens ont également accès aux médicaments secrets ayant, dans plusieurs cas, fait l'objet de «patentes». Ces produits, dont les réclames publicitaires figurent déjà dans les journaux qui paraissent après la Conquête, peuvent être achetés chez les apothicaires de la colonie. Le «baume de vie de Turlington» offre un bel exemple de ce type de remède que la publicité présente comme une panacée, efficace contre la pierre, la gravelle, la colique, le vomissement, le crachement de sang et autres «débilités intérieures». Une trentaine d'affections seraient guéries par cette médication, de la simple toux au «déclin de la nature», en passant par les rhumatismes et l'abattement d'esprit!

Ces innombrables produits, la plupart en usage en Europe depuis des siècles et provenant des quatre coins de la terre, sont importés ou produits au Canada. Mais le Nouveau Monde devait aussi enrichir de quelques éléments cette ancienne pharmacopée.

La pharmacopée canadienne

La pratique médicale canadienne des XVII[e] et XVIII[e] siècles s'inscrit directement dans le cadre des pratiques et des usages européens, notamment ceux de la France. De même, la liste des médicaments est similaire à celle d'Europe.

Bien que la plupart des produits de base sont importés dans la colonie, quelques-uns sont cultivés ou récoltés au Canada. C'est le cas de certains simples, plantes médicinales à la production

Figure 15. Pot de pharmacie de faïence ayant servi à contenir de l'électuaire de baies de laurier, XVIII^e siècle. Collection des religieuses hospitalières de Saint-Joseph. (Photo Denis Ross).

desquelles le jardin des pauvres de l'Hôtel-Dieu de Québec réserve un espace. L'on sait également qu'un chirugien montréalais en cultivait dans son jardin en 1681.

Certaines espèces de plantes se sont acclimatées à l'environnement du Canada après s'être échappées de culture ou après avoir été accidentellement importées. C'est le cas notamment de la véronique Beccabunga (Veronica Beccabunga L.), introduite dans la colonie au XVII^e siècle, qui est maintenant naturalisée dans la région de Québec. Cette plante, que le médecin Jean-François Gaultier décrit en 1745 comme «la première salade qu'on mange en Canada», est antiscorbutique.[44]

Plusieurs végétaux, introduits au Canada dès le Régime français, sont employés tant en médecine officielle que populaire. Mentionnons à titre d'exemples, la véronique officinale (Veronica officinalis L), la consoude officinale (Symphytum officinale L.), l'herbe de Saint-Jean (Hypericum perforatum L. ou Artemisia vulgaris L.) ou encore l'absinthe (Aristolochia clematitis L.).

Figure 16. Petit pot à pommade de faïence, XVIII^e siècle. Collection des religieuses hospitalières de Saint-Joseph. (Photo Denis Ross).

Outre les plantes et les produits dérivés de certaines espèces d'arbres, quelques produits canadiens d'origine animale sont aussi utilisés comme éléments médicinaux. C'est le cas notamment des rognons de castor qui font l'objet d'une exportation en France, de la graisse de l'ours et de celle de la mouffette.

Enfin, les propriétés de l'eau minérale sont bien connues à cette époque et plusieurs sources étaient déjà fort réputées en Europe. Au Canada, la source d'eau minérale de la Baie-Saint-Paul est fréquentée dès le XVIII^e siècle. Les habitants, buvant cette eau sulfureuse et s'en enduisant le corps, lui attribuent des propriétés curatives, notamment contre certaines affections de la peau comme la gale et les dartres.

Les autorités françaises et coloniales s'intéressent, surtout au XVIII^e siècle, au potentiel médical et économique de la flore et de la faune canadiennes. Des médecins, tels Michel Sarrazin ou Jean-François Gaultier, herborisent, font des expériences, compilent notes et données, et leur travail est ponctué d'un échange de correspondance avec des membres de l'Académie royale des Sciences de Paris.

L'intérêt pour les simples en usage chez les Amérindiens est manifeste. En 1732, lors de son expédition sur le territoire du Domaine du roi et en vertu des ordres qu'il a reçus, l'arpenteur Joseph-Laurent Normandin interroge les Amérindiens au sujet des plantes médicinales qu'ils utilisent pour traiter leurs maladies. Catherine Jérémie qui, selon l'intendant Hocquart s'est «attachée depuis longtemps à connaître les secrets de la médecine des sauvages», de même que Hubert-Joseph de Lacroix, envoient régulièrement des spécimens en France. En 1749, un mémoire rédigé par le médecin Gaultier relatif à la cueillette de plantes et à différents aspects de l'histoire naturelle est envoyé par le gouverneur La Galissonière aux commandants des postes de la Nouvelle-France et de la Louisiane.[45]

Toutefois, il faut souligner que de cet effort scientifique, la pharmacopée française ne retient que quelques rares éléments. Le capillaire du Canada, sorte de fougère servant de base à un sirop utilisé pour les maladies pulmonaires, représente un des meilleurs exemples : il est utilisé en France dès le XVII[e] siècle car ses qualités le rendaient supérieur à celui de Montpellier, qu'il est appelé à remplacer. La supérieure de l'Hôtel-Dieu de Québec en fait régulièrement parvenir dans la métropole, séché ou sous forme de sirop. Pour ne donner qu'un seul exemple des quantités de capillaire envoyé en France, mentionnons qu'en 1738, il en est débarqué quelque 4 535 livres dans le port de La Rochelle seulement.[46]

Les apports canadiens à la pharmacopée française demeurent cependant relativement peu importants. Toutefois, les praticiens établis au Canada, bien qu'ayant surtout recours aux médicaments européens, n'hésitent pas à employer des plantes indigènes. Il s'agit souvent de plantes qui ont les mêmes caractéristiques physiques que des végétaux utilisés en France, telle l'aralia à tige nue (Aralia nudicaulis L.) dont «la racine la fait passer ici pour une salsepareille et qui est utilisée comme telle». Une variété d'aster est confondue par les «chirurgiens de Canada... pour une Betoine et S'en Servent en guise». Cette plante, à laquelle les Égyptiens accordaient déjà des propriétés magiques, figure au premier rang de la pharmacopée officielle. Elle produit plusieurs effets et on la dit efficace pour le traitement des «maladies du cerveau & du bas ventre».[47]

La pharmacopée amérindienne

Plusieurs plantes médicinales utilisées par les Amérindiens sont adoptées par les Canadiens, essentiellement par le biais de la médecine populaire. Les Amérindiens utilisent l'atoca que les Français emploient pour soulager le «cours du ventre». L'anis sauvage (Aralia Racemosa L.) de même que le gymnocladier dioïque (gymnocladus dioica L.) soulagent les ulcères et les plaies; les graines de frêne, les palpitations. L'herbe à dindes (Achillea millefolium L.), l'herbe-à-sept-vertus ou eupatoire (Agrimonia striata Michaux), l'immortelle, le thé du Labrador, le plantain majeur et enfin le cormier ne sont que quelques-uns des végétaux dont les propriétés curatives sont alors connues des Amérindiens.

De même, les produits du sapin et de l'épinette rouge sont très réputés. La résine du sapin sera répandue en France sous l'appellation de «baume blanc du Canada». Dès 1664, Pierre Boucher décrivait les usages multiples de ce produit:

> Ce Baume est Emploié pour les vernis pour les Usages medecinaux et Chirugicaux on en prend interieurement pour les maladies des Reins lorsque les urines ne coulent pas aisement, pour les abcès qui sont aux poulmons et dans différentes parties du corps, et pour les ulcères de la vessie. enfin, les habitants S'en Servent pour Se purger, ils prennent une cuillerée ou deux de ce Baume, ils le mêlent avec de l'huile D'olive et ils lavalent cela les purge doucement il est aussy emploié pour les playes.[48]

Les vertus de ce remède, encore en usage aujourd'hui, furent signalées aux Français par les Amérindiens. Les produits de l'épinette rouge et ceux de l'érable, le sucre et le sirop, sont aussi au nombre des éléments médicinaux qui nous viendraient des Amérindiens.

Des outils

Les instruments

Peu d'instruments de chirurgie des XVII[e] et XVIII[e] siècles ont été conservés au Canada mais les inventaires après décès permettent d'avoir une bonne idée de leur nature et de leur usage. Ils reflètent la diversité des pratiques médicales. Signe de la fréquence du recours à la saignée, les lancettes qui servent à ouvrir les veines et, dans certains cas, les artères sont omniprésentes. De même, l'on retrouve quelques mentions de «palettes» ou «poilettes» servant spécifiquement à recueillir le sang.

La mention de mortiers et de pilons, utilisés pour réduire en poudre les substances solides, est constante. Moins fréquemment apparaissent des mentions de balances et de trébuchets pour peser les produits médicaux, de pots, de fioles et plus rarement encore, d'alambics ou de chapelles permettant la distillation. La présence de ces équipements chez plusieurs chirurgiens témoigne bien des fonctions d'apothicaire qu'exercent la plupart d'entre eux au Canada.

Les seringues servant à donner des lavements et des injections de liquides dans les cavités du corps sont régulièrement signalées. Bien qu'expérimentées dès le XVII[e] siècle, les injections intraveineuses ne font pas encore partie de l'arsenal thérapeutique courant.

L'on retrouve également dans les inventaires des daviers (pinces à longs bras) pour arracher les dents; des trocarts, ces poinçons d'acier utilisés pour ouvrir la cavité de l'abdomen dans le but d'en évacuer les eaux; des sondes, pleines ou creuses, pour la vessie, les plaies ou les fistules; des couteaux; des bistouris; des pincettes; des scies pour l'amputation; des rugines (sorte de rabot) pour râcler les os ou des trépans (instrument en forme de vilebrequin) pour percer ces derniers.

À titre d'exemple, signalons que le notaire qui procède, en 1724, à l'inventaire des biens du chirurgien Jourdain Lajus, de Québec, note la présence de trois seringues avec leurs garnitures, d'une petite seringue à plaies, de deux moyens pilons de fonte et de leurs mortiers, de sept «poilettes» en étain, d'un grand coquemar (bouilloire), de trois petits en cuivre, de cinq plats à barbe en

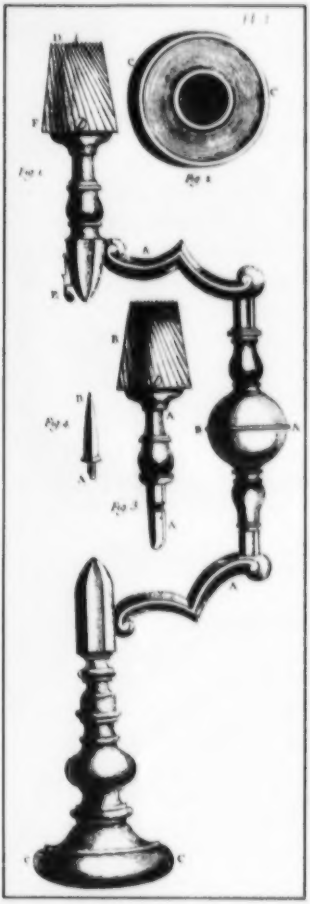

Figure 17. *Un trépan et ses différentes pièces. Jean-Louis Petit,* ***Traité des maladies chirurgicales, et des opérations qui leur conviennent****, tome 1, Paris, P. Fr. Didot le jeune, 1774, planche 3. Bibliothèque du séminaire de Québec, Ancien fonds. (Photo Denis Ross).*

faïence, de quarante vieux rasoirs, de douze lancettes, d'une petite spatule, de plusieurs sondes, de plusieurs seringues, ciseaux, bistouris et balances, d'une bouteille de cristal et, enfin, de deux alambics en cuivre.

En 1786, le chirurgien britannique, Richard Hope, semble être l'un des rares praticiens de la santé à posséder «une boete Denviron six pieds de haut Dans laquelle est un squellette complette de corps humain».

À partir des instruments de base, relativement peu nombreux, les chirurgiens européens des XVII[e] et XVIII[e] siècles créent des outils aux formes, aux dimensions et aux usages variés. Dans certains cas, la qualité, la précision et la facture des objets démontrent les progrès importants réalisés par la chirurgie en plus de refléter l'audace de certains chirurgiens. Les manuels européens représentent plusieurs de ces nouveaux outils. À titre d'exemple, signalons que pour réaliser une opération de «clôture» de la pupille de l'œil, le chirurgien Laurent Heister décrit 11 aiguilles différentes ayant chacune une facture soignée, délicate et souvent complexe. En plus des instruments proprement dits, les praticiens de la santé ont recours aux livres médicaux.[49]

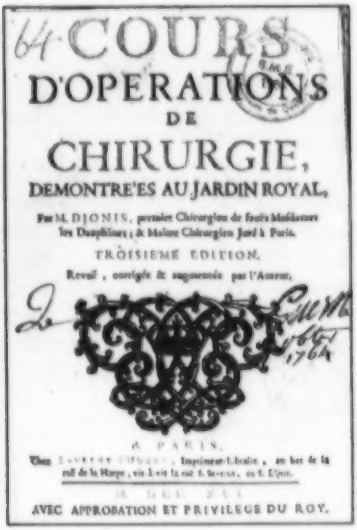

Figure 18 et 19. *Dionis et son célèbre traité de chirurgie. Ce denier connut plusieurs éditions. Le Séminaire de Québec (éditions de 1708, 1716, 1757), le prêtre québécois De Guerne (édition de 1716) et les Chirurgiens Blin (édition de 1757) et Besserer (édition de 1757) ont, en particulier, posséder cet ouvrage. Bibliothèque du Séminaire de Québec, Ancien fonds. (Photo Denis Ross).*

Les livres

La littérature médicale de cette période pénètre très tôt dans la colonie. Le médecin Bonamour, arrivé à Québec en 1669, possède un certain nombre d'ouvrages de médecine. Une enquête effectuée à travers 962 inventaires après décès de résidents de la ville de Québec pour la période 1690 à 1760 révèle que seulement 297 d'entre eux, soit 31 pour 100, signalent l'existence de livres. Toutefois, seulement 18 personnes ont en leur possession des ouvrages médicaux, quatre chirurgiens, un médecin, un orfèvre-horloger et des individus liés à l'administration de la justice, au notariat et au commerce.[50]

Aucun titre ne prédomine. Mentionnons cependant la présence, dans ces bibliothèques privées, du livre de Madame Fouquet, intitulé *Remèdes charitables*, d'un *Recueil de remèdes*, des *Oeuvres du médecin charitable* et d'un *Traité des femmes grosses*.

Les membres du corps médical possèdent généralement des livres. Les chirurgiens Jean-Baptiste Danglade, Jacques Franchère, Jean-Baptiste Lasserre de même que Jean Mauvide possèdent des ouvrages médicaux, que ce soit des traités ou des dictionnaires de chirurgie, de médecine, d'anatomie et même de botanique.

Les bibliothèques des praticiens sont garnies de moins de 10 livres à caractère médical. Seuls Bernard Duberger et le médecin Michel Sarrazin font figure d'exceptions, avec respectivement 38 et 77 ouvrages.

En ce qui concerne les bibliothèques des institutions, soulignons que le collège des Jésuites possède alors probablement la plus importante collection d'ouvrages médicaux au Canada, avec plus de 130 titres. Les ouvrages récents côtoient les grands classiques de la littérature médicale. Outre les traités portant sur les maladies vénériennes, le rhumatisme, la petite vérole ou encore les tumeurs, mentionnons la présence d'ouvrages des grands auteurs de cette époque, les Dionis, Sydenham, Ettmuler, Petit ou Helvétius.

Le *Traité des maladies les plus fréquentes, et des remèdes propres à les guérir* d'Helvétius est, en particulier, fréquemment mentionné et le médecin Sarrazin de même que plusieurs chirurgiens le possèdent. Ce livre, que l'on pourrait qualifier d'ouvrage de vulgarisation, s'adresse autant aux praticiens qu'aux «personnes charitables». L'auteur passe en revue les questions relatives à la «manière de connoître les Maladies, le Pouls & les Crises», s'intéresse à la saignée, aux régimes, aux médecines et donne quelques thérapeutiques propres à guérir les maux les plus répandus.[51]

En l'absence d'imprimerie durant le Régime français, les chirurgiens canadiens utilisent des livres importés de France et généralement édités à Paris. La *Direction pour la guérison du Mal de la Baie St-Paul*, rédigée par le chirurgien James Bowman et parue en 1785, sera la première publication médicale imprimée au Canada. Les praticiens canadiens de la santé ont à leur disposition les ouvrages les plus courants de leur époque et rien n'indique à ce niveau un retard significatif par rapport à leurs collègues euro-

péens.[52] Après 1760, la situation est plus confuse. En 1789, le praticien de la santé Pierre de Sales Laterrière, établi alors au Canada depuis plus de 30 ans, note que «Not only the most approved English authors are unknown to most of us, but even the late French writers on physic and surgery are scarcely seen among us». Même si des livres français atteignent le Canada après 1760 - le Séminaire de Québec possède en 1767 la troisième édition de l'*Avis au peuple sur sa santé* de Tissot qui vient tout juste de sortir des presses - les inventaires après décès de chirurgiens pour les années 1780 sont trop peu nombreux et surtout trop imprécis pour infirmer ou confirmer les dires de Laterrière. La *Gazette de Québec* annonce bien à l'occasion des livres mis en vente mais ce sont généralement, voire presque exclusivement, des volumes en langue anglaise. Et si l'on se fie aux quelques indications données dans les inventaires après décès, les ouvrages écrits dans la langue de Shakespeare ne semblent pas être populaires auprès des francophones. De même, le vieillissement accéléré du corps médical francophone pourrait aussi contribuer au désintérêt de quelques praticiens pour les progrès de la science médicale de cette époque.[53]

Conclusion

Les XVII[e] et XVIII[e] siècles constituent une période charnière dans l'histoire de la médecine. L'Âge classique consolide en effet les acquis de la Renaissance et engendre quelques innovations, préludes à la révolution médicale qu'apportera le siècle suivant.

Dès le début, la colonie se dote de praticiens et d'hôpitaux qui tentent de répondre aux diverses maladies, aux assauts récurrents des épidémies et aux autres besoins en soins médicaux. La maladie continue cependant d'être perçue comme une manifestation de l'ire de Dieu. Le recours au surnaturel, que ce soit par le biais de pèlerinages, de supplications à des gens morts en odeur de sainteté ou par divers gestes religieux, fait également partie de l'arsenal thérapeutique utilisé par la population. De même, des pratiques parallèles à celle de la médecine officielle voient le jour et vont de l'utilisation de rebouteux, de praticiens non reconnus et de sorciers à l'emploi de plantes médecinales, de produits d'origine animale ou d'eaux minérales.

La phytothérapie et la phlébotomie (saignée) demeurent les pratiques essentielles. La méconnaissance des causes exactes des maladies, de la physiologie humaine, l'absence de moyens d'investigation élaborés et l'utilisation de remèdes axée principalement sur le traitement des symptômes et sur la recherche d'effets sur les humeurs rendent l'efficacité de cette médecine aléatoire. Toutefois, certains remèdes, certains traitements et certaines pratiques s'avèrent efficaces. En fait, la question est plutôt de savoir si la médecine de cette époque sauve plus de gens qu'elle n'en tue.

À tous points de vue, les contributions autochtones et canadiennes à la pharmacie sont relativement limitées et ne changent guère la pratique médicale officielle. Si le capillaire du Canada, le baume de sapin ou les rognons de castor ont acquis une certaine renommée, leur introduction dans la pharmacopée officielle ne fait que l'enrichir sans vraiment la bouleverser.

Sans anesthésie, ni asepsie ou antisepsie, la chirurgie continue d'être un art mineur, redouté, qui n'obtiendra ses lettres de noblesse qu'au siècle suivant. Un examen des instruments et de la littérature médicale en usage dans la colonie a révélé que les praticiens canadiens possédaient, sur ce plan, les mêmes outils de base que leurs collègues européens.

Enfin, l'Église, principalement par le biais des hôpitaux placés sous son contrôle, contribue au soulagement des malades. Au service du corps et de l'âme, les hôtels-Dieu sont issus de la charité chrétienne. En effet, ces institutions ne sont pas uniquement réservées au soin du corps : elles le transcendent pour atteindre l'âme. Elles sont donc intrinsèquement liées au salut de l'âme, et la «période d'hospitalisation doit être un temps de grâce, ou du moins de régénération morale» et spirituelle. Bien que le nombre de lits disponibles pour la population soit passablement limité - moins d'une centaines de lits pour l'ensemble des trois hôtels-Dieu que compte alors le Canada au milieu du XVIII[e] siècle - les hôtels-Dieu spécialisés dans le soins des malades accueillent annuellement des centaines voire des milliers de patients. Loin d'être des antres de la mort, ils contribuent par les soins distribués et par une alimentation diversifiée à guérir la plupart des patients admis. Les hôtels-Dieu demeurent accessibles à tous, du plus pauvre au plus riche. Tant au niveau de l'architecture, des règlements, des pratiques thérapeutiques et de l'idéologie, ces institutions hospitalières sont filles de la tradition française.

Cette médecine pratiquée en terre canadienne aux XVII[e] et XVIII[e] siècles est donc demeurée essentiellement française jusqu'à la guerre de l'Indépendance et cette influence s'est manifestée tant au niveau des membres du corps de santé et des institutions hospitalières que de la formation, du savoir, de la littérature, de l'outillage, de la pharmacopée et des techniques.

Bibliographie sommaire

Cette brochure constitue la synthèse d'une publication plus élaborée publiée par le Musée canadien des civilisations. Le lecteur devra donc s'y référer pour retracer toutes les souces utilisées par l'auteur et pour retrouver une bibliographie plus exhaustive:

Lessard, Renald. *Se soigner au Canada aux 17e et 18e siècles*. Hull, Musée canadien des civilisations, 1989. 158 p. (Coll. Mercure).

1. Études.

Ahern, Michael Joseph et Georges Ahern. *Notes pour servir à l'histoire de la médecine dans le Bas-Canada*, Québec, Imprimerie Laflamme, 1923. 563 p.

Allard, Michel, Robert Lahaise, Edouard Desjardins et al. *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Montréal, Hurtubise HMH, 1973, 346 p. (Les Cahiers du Québec, 13).

Bluteau, Marc-André. *La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986, 127 p.

Bouteiller, Marcelle. *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Édition G.-P. Maisonneuve et Larose, 1966, 369 p.

Gélis, Jacques. *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988, 560 p.

Goubert, Jean-Pierre. *Malades et médecins en Bretagne. 1770-1790*, Rennes, Institut armoricain de recherches historiques, 1974, 508 p.

Hare, John, Marc Lafrance et David-Thiery Ruddel, *Histoire de la ville de Québec, 1608-1871*, Montréal, Boréal/Musée canadien des civilisations, 1987, 399 p.

Heagerty, John J. *Four Centuries of Medical History in Canada*, vol. 1. Toronto, The Macmillan Company of Canada Limited, 1928, 395 p.

Imbert, Jean. *Histoire des Hôpitaux en France*, Paris, Privat, 1982, 559 p.

Laforce, Hélène. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, 237 p.

LeBlond, Sylvio. *Médecine et médecins d'autrefois. Pratiques traditionnelles et portraits québécois*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1986, 258 p.

Lebrun, François. *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux 17e et 18e siècles*, Paris, Temps actuels, 1983, 206 p. Collection La passion de l'histoire.

Lessard, Renald. *Le mal de la baie Saint-Paul, la société et les autorités coloniales*, Québec, CELAT, 1989, 107 p. Collection Rapports et mémoires de recherche du CELAT, no 15.

Lyons, Albert S. et R. Joseph Petrucelli. *Medicine. An Illustrated History*, New York, Harry N. Abrams Inc., 1987, 615 p. (Réimpression de l'édition de 1978).

Mondoux, Maria. *L'Hôtel-Dieu de Montréal. Premier hôpital de Montréal 1642-1942*, Montréal, s. éd., 1942, 417 p.

Numbers, Ronald L., éd. *Medicine in the New World. New Spain, New France, and New England*, Knoxville, The University of Tennessee Press, 1987, 175 p.

O'Reilly, Helena, dite Saint-Félix. *Monseigneur de Saint-Vallier et l'Hôpital Général de Québec : histoire du monastère de Notre-Dame-des-Anges*, Québec, C. Darveau, 1882, 743 p.

Rousseau, François. *L'Oeuvre de chère en Nouvelle-France. Le régime des malades à l'Hôtel-Dieu de Québec*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1983, 447 p. (Les Cahiers d'histoire de l'Université Laval).

Shryock, Richard Harrison. *Medicine and Society in America: 1660-1860*, 4e éd. Ithaca, Cornell University Press, 1977, 182 p.

Vallée, Arthur. *Un biologiste canadien. Michel Sarrazin. 1659-1735. Sa vie, ses travaux et son temps*, Québec, Ls-A. Proulx, 1927, 291 p.

2. Articles.

Nadeau, Gabriel. "Le dernier chirurgien du roi à Québec. Antoine Briault 1742-1760", dans *L'Union Médicale du Canada*, vol. 80 (juin 1951). p. 705-726; vol. 80 (juillet 1951). p. 855-861; vol. 80 (août 1951). p. 991-998; vol. 80 (septembre 1951). p. 1106-1116; vol. 81 (janvier 1952), p. 51-63; vol. 81 (février 1952). p. 192-200; vol. 81 (avril 1952). p. 439-443; vol. 81 (mai 1952). p. 580-588.

Rousseau, François. "L'Hospitalisation en Nouvelle-France: L'Hôtel-Dieu à la fin du XVIIe siècle", dans *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 31, no 1 (juin 1977). p. 29-47.

Notes

1. Un certain nombre d'ouvrages ont été écrits sur la médecine canadienne de cette époque. Durant la première moitié du XX[e] siècle, les médecins Arthur Vallée, Michael Joseph et George Ahern ou John J. Heagerty ont fait œuvre de pionniers. Michael Joseph et George Ahern, *Notes pour servir à l'histoire de la médecine dans le Bas-Canada*, Québec, Imprimerie Laflamme, 1923, 563 p.; John J. Heagerty, *Four Centuries of Medical History in Canada*, vol. 1, Toronto, The Macmillan Company of Canada Limited, 1928, 395 p.; Arthur Vallée, *Un biologiste canadien. Michel Sarrazin. 1659-1735. Sa vie, ses travaux et son temps*, Québec, Ls-A. Proulx, 1927, 291 p.

2. Pierre Boucher, *Histoire véritable et naturelle (des mœurs et productions du pays de la Nouvelle-France vulgairement dite le Canada) 1664*, Boucherville, La Société historique de Boucherville, 1964, p. 142.

3. Helena O'Reilly dite Saint-Félix, *Monseigneur de Saint-Vallier et l'Hôpital Général de Québec: histoire du monastère de Notre-Dame-des-Anges*, Québec, C. Darveau, 1882, p. 163-164; Cyprien Tanguay, *A travers les registres*, Montréal, Librairie Saint-Joseph, 1886, p. 19, 26, 32, 41, 57, 63, 74, 85, 106.

4. Lettre de Denonville au ministre, 8 mai 1686, Archives des Colonies (AC), série C11A, vol. 8, f. 16v-17r.

5. Lettre de Michel Sarrazin à Monsieur de Réaumur, 4 octobre 1728, publiée dans Vallée, *op. cit.*, p. 231; Lettre de Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène à Féret, 30 octobre 1738, publiée dans "Lettres de Mère Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène Supérieure des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec", dans *Nova Francia*, vol. IV, n° 6 (1929), p. 372.

6. Pehr Kalm, *Voyage de Pehr Kalm au Canada en 1749*, Montréal, Pierre Tisseyre, 1977, f. 659; Renald Lessard, *Le mal de la baie Saint-Paul*, Québec, CELAT (Université Laval), 107 p.

7. Monsieur Du Hamel, "Observations botanico-météorologiques faites à Québec", dans *Histoire de l'Académie royale des Sciences*, Paris, Imprimerie royale, 1748-1754, (Année 1744 (publiée en 1748), p. 135-155; Année 1745 (publiée en 1749), p. 194-229; Année 1746 (publiée en 1751), p. 88-97; Année 1747 (publiée en 1752), p. 466-488 et Année 1750 (publiée en 1754), p. 309-310); Jean-Pierre Goubert, Malades et médecins en Bretagne. 1770-1790, Rennes, Institut armoricain de recherches historiques, 1974, p. 268-270.

8. Monsieur Du Hamel, "Observations botanico-météorologiques faites à Québec", dans *Histoire de l'Académie royale des Sciences. Année M. DCCXLV*, Paris, Imprimerie royale, 1749, p. 224.

9. Goubert, *op. cit.*, p. 267-383; Tanguay, *op. cit.*, p. 32, 41, 57, 63, 74, 85, 106, 113, 128, 140, 150, 179, 211, 216, 228.

10. Bernice Hamilton, "The Medical Profession in the Eighteenth Century", dans *The Economic History Review*, 2[e] série, vol. IV, no 2 (1951), p. 141-169; Pierre L. Thillaud, *Les maladies et la médecine en Pays Basque Nord à la fin de l'Ancien Régime (1690-1789)*, Genève, Librairie Droz, 1983, p. 75-105.

11. Engagement de François de la Minade envers Jean-Baptiste Cardinet dit Chevalier, 30 octobre 1706, Archives nationales du Québec à Québec (ANQ-Q), CN 301-58/33,

Greffe de Louis Chambalon; Inventaire de feue Thérèse Brideau et de Charles Remonneau, 26 juin 1718, ANQ-Q, CN 301-87/9, Greffe de Jean-Etienne Dubreuil.

12. Réponse de M. Christophe Diller aux raisons de John Thos Ledger contre le compte de Christophe Diller, 7 avril 1786, ANQ-Q, T50-301/36, Cour des plaidoyers communs, district de Québec, dossier n° 3059.

13. Gabriel Nadeau, "Le dernier chirurgien du Roi à Québec, Antoine Briault, 1742-1760", *L'Union Médicale du Canada*, tome 80 (juin 1951), p. 714-715; Lettre du ministre à Hocquart, 31 mars 1745, AC, série B, vol. 81, f. 254v.

14. Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, p. 152-162.

15. Acte ou ordonnance qui défend à qui que ce soit de pratiquer la médecine et la chirurgie dans la Province de Québec, ou la profession d'accoucheur dans les villes de Québec ou Montréal, sans permission, 30 avril 1788, *Gazette de Québec*, 15 mai 1788; Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988, p. 173-194; *Gazette de Québec*, 30 décembre 1784; *Gazette de Montréal*, 27 septembre 1787.

16. Ordonnance de Raudot concernant l'exercice de la chirurgie au Canada, 1er juillet 1710, ANQ-Q, E1/3, Ordonnances des intendants, Cahier n° 4, f. 68r-68v; Ordonnance de Bigot concernant l'exercice de la chirurgie au Canada, 12 juin 1750, AC, série C11A, vol. 96, f. 329r-331v; Acte ou ordonnance qui défend (...), 30 avril 1788, *Gazette de Québec*, 15 mai 1788

17. Nous avons relevé dans les documents les mentions de médecins, de chirurgiens et d'apothicaires pour une période de 149 ans, soit de 1639 à 1788. A ce titre la collaboration du Programme de recherche en démographie historique de l'Université de Montréal nous a été particulièrement précieuse. Cette équipe nous a fourni un relevé de tous les actes d'état civil antérieurs à 1766 dans lesquels l'on retrouvait la mention d'un praticien de la santé.

18. Il est à noter qu'aucune institution canadienne ne dispense un enseignement médical. La formation médicale s'acquiert par apprentissage ou par un séjour à l'extérieur de la Colonie. Un complément de formation peut être obtenu en travaillant comme aide-chirurgien dans les hôpitaux sous les directives du médecin du roi. De même, du moins à la fin du 18e siècle, les corps de criminels exécutés par la justice sont "remis aux chirurgiens pour être disséqué". *Gazette de Québec*, 15 septembre 1768.

19. Jean Imbert, *Histoire des Hôpitaux en France*, Paris, Privat, 1982, p. 167.

20. Renald Lessard, "Le Bureau des Pauvres de Sainte-Famille île d'Orléans (1698-1700)", dans *Cap-aux-Diamants*, vol. 3, n° 3 (automne 1987), p. 65; André Lachance, "Le Bureau des Pauvres de Montréal, 1698-1700: Contribution à l'étude de la société montréalaise de la fin du XVIIe siècle", dans *Histoire sociale*, vol. 1, n° 4 (novembre 1969), p. 99-110.

21. Memoire Concernant Le retablissement De Lhotel dieu de Quebec, c. 1755, Archives du monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec (AMHDQ), Mémoires : Projets d'agrandissement et de rétablissement avant et après l'incendie de 1755, 1730-1758, T. 2, C. 96, n° 4.

22. Jeanne-Françoise Juchereau de Saint-Ignace et Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène, *Les Annales de l'Hôtel-Dieu de Québec, 1636-1716*, Québec, Hôtel-Dieu de Québec, 1939, p. XX; François Rousseau, "Hôpital et société en Nouvelle-France: l'Hôtel-Dieu de Québec à la fin du XVIIe siècle", dans *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 31, n° 1 (juin 1977), p. 29-30.

23. Mémoire pour servir a connoitre la situation ou se trouve la Communauté et l'hopital des Religieuses hospitalieres de Montreal, 7 septembre 1734, AC, série C11A, vol. 61, f. 146r-148v.

24. Fondation d'un hopital a la ville des trois rivieres par mr L Evesque de quebec, 8 octobre 1697, AC, série F5A, vol. 2, f. 184r-195r; Lettre de Bigot au ministre, 24 octobre 1750, AC, série C11A, vol. 107, f. 39r-40v; Isaac Weld, *Voyage au Canada dans les années 1795, 1796 et 1797*, Paris, Chez Gérard, XI, vol. 2, p. 169-170.

25. Dom Georges-François Poulet, "Récit simple de ce qu'un religieux bénédictin a souffert au Canada au sujet de la bulle Unigenitus", dans *Rapport de l'archiviste de la province de Québec pour 1922-1923*, Québec, Ls-A. Proulx, 1923, p. 285.

26. Lettre de Beauharnois et Hocquart au ministre, 7 octobre 1731, AC, série C11A, vol. 54, f. 93r-96r.

27. Lettre de Hocquart au Ministre, 28 septembre 1739, AC, série C11A, vol. 71, f. 137r-138v; Rousseau, *loc. cit.*, p. 42.

28. *Coutumier et Petites regles des Religieuses Hospitalieres de la Congregation de S. Joseph*, Angers, Chez Olivier Avril, 1688, p. 33.

29. *Règles et Constitutions des Religieuses de l'ordre de Sainct Augustin dites les Filles de la Misericorde, establies à Dieppe*, France, s. éd., 1631, p. 295-296.

30. Gabriel Nadeau, "Le dernier chirurgien du Roi à Québec, Antoine Briault, 1742-1760", *L'Union Médicale du Canada*, tome 81 (janvier 1952), p. 62.

31. Memoire Concernant Le retablissement De Lhotel dieu de Quebec, c. 1755, AMHDQ, Mémoires: Projets d'agrandissement et de rétablissement avant et après l'incendie de 1755, 1730-1758, T. 2, C. 96, n° 4.

32. *Le Canadien*, 15 décembre 1852; Jean Morar dit La Forme contre Paul Thibodeau, 1780, ANQ-Q, T 50-301/15, Cour des plaidoyers communs, district de Québec, dossier n° 1978

33. Lessard, *op. cit.*, p. 37-38, 69-73.

34. Raymond Douville, *Yves Phlem dit Yvon le Breton ancêtre des familles Hivon. Les tribulations d'un guérisseur à Sainte-Anne-de-la-Pérade au 18e siècle*, Trois-Rivières, Editions du Bien Public, 1975, p. 6-24; Déclaration de Jacques Houde, chirurgien, 24 mai 1730, ANQ-Q, T 5/113, Collection de pièces judiciaires et notariales, dossier n° 2379.

35. "Actes du très dévot Frère Didace, récollet mort en odeur de sainteté en 1699", dans *Le Canada-Français*, vol. IV (1891), p. 273.

36. Lucien Gagné et Jean-Pierre Asselin, *Sainte-Anne de Beaupré. Trois cents ans de pèlerinage*, Sainte-Anne de Beaupré, Georges Bérubé, 1971, p. 6-17; Georges Bélanger, *La Bonne Sainte Anne au Canada et à Beaupré*, Québec, Imprimerie L'Action Sociale Ltée, 1923, p. 39-57.

37. (Adrien) Helvétius, *Traité des maladies les plus fréquentes, et des remèdes propres à les guérir*, Tome I, Paris, Le Mercier, 1739, p. 1.

38. *Chirurgie complette suivant le système des modernes*, Tome 2, Paris, Veuve de Charles-Maurice d'Houry, 1747, p. 204; François Lebrun, *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux 17e et 18e siècles*, Paris, Temps actuels, 1983, p. 19.

39. *Chirurgie complette (...)*, Tome 2, p. 185; "Lettre de Mère Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène à Féret, 30 octobre 1744", publiée dans "Lettres de Mère Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène Supérieure des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec", dans *Nova Francia*, vol. VI, n° 1 (1931), p. 42.

40. *Jugements et délibérations du Conseil Souverain de la Nouvelle-France*, vol. V, Québec, Joseph Dussault, 1889, p. 840; Bordereau des recettes et dépenses pour 1748, AC, série C11A, vol. 116, f. 124r-125v.

41. *Chirurgie complette (...)*, tome 2, p. 111.

42. M.D., *Introduction à la matière médicale en forme de thérapeutique*, Paris, Veuve Quillau, 1753, p. 5-15; M. Jadelot, *Pharmacopée des pauvres ou formules des médicamens les plus usuels dans le traitement des maladies du peuple*, Nancy, H. Haener, 1784, p. 170; P.-H. Nysten, *Dictionnaire de médecine, et des sciences accessoires à la médecine, avec l'étymologie de chaque terme; suivi de deux vocabulaires, l'un latin, l'autre grec*. 3e éd. Paris, Chez J.-A. Brosson, 1814, p. 329.

43. Nicolas Lémery, *Pharmacopée universelle contenant toutes les compositions de pharmacie*, Amsterdam, aux dépens de la Compagnie, 1748, p. 1.

44. Monsieur Du Hamel, "Observations botanico-météorologiques faites à Québec", dans *Histoire de l'Académie royale des Sciences, Année M.DCCXLVI*, Paris, Imprimerie royale, 1751, p. 93; Frère Marie-Victorin, *Flore laurentienne*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1964, p. 474.

45. Journal de Joseph-Laurent Normandin en 1732, 24 juin 1732, ANQ-Q, P 195/1, Joseph-Laurent Normandin, p. 522-523; Catherine Fortin-Morisset, "La Croix, Hubert-Joseph", dans *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. III: *De 1741 à 1770*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1974, p. 359-360; Kalm, *op. cit.*, f. 660.

46. M. Geoffroy, *Traité de la matière médicale ou de l'histoire des vertus, du choix et de l'usage des remèdes simples*, Tome 5: *Traité des végétaux*, Section 2: *Des plantes de notre pays*, Paris, Jean Desaint & Charles Saillant, 1743, p. 52-55; Marchandises entrées dans le royaume par le port de La Rochelle, 1718-1741, Archives départementales de la Charente-Maritime, Chambre de commerce de La Rochelle, Carton XXVII, dossier 1, nos 9385-9409.

47. ANQ-Q, P 91/1, Jean-François Gaultier, Histoire des Plantes du Canada, p. 12-14, 18; Jadelot, *op. cit.*, p. 170-171; Liger, *La nouvelle maison rustique, ou économie générale de tous les biens de campagne: La manière de les entretenir & de les multiplier*, Paris, Saugrain fils, 1755, Tome 2, p. 398.

48. ANQ-Q, P 91/1, Jean-François Gaultier, Description des Plantes du Canada, p. 137-138.

49. Laurent Heister, *Institutions de chirurgie*, Paris, P. Fr. Didot le jeune, 1771, Tome 2, p. 638-639.

50. Enquête menée par Yvon Desloges et Gilles Proulx, historiens du Service canadien des Parcs.

51. (Adrien) Helvétius, *Traité des maladies les plus fréquentes et des remèdes propres à les guérir*, Tome I, Paris, Le Mercier, 1739, (Préface).

52. Lessard, *op. cit.*, p. 61.

53. Pierre de Sales Laterrière, *A dissertation on the Puerperal Fever, delivered at a Public Examination for the Degree of bachelor in medicine*, Boston, Samuel Hall, 1789, p. 5.

Soins de santé au Canada

Lorsqu'ils arrivent au Canada au début du XVII^e siècle, les Français apportent avec eux non seulement leur religion, leur culture et leur langue mais également les pratiques médicales de leur pays d'origine. La plupart de ces pratiques comme, par exemple, la saignée, semblent aujourd'hui rudimentaires; d'autre part, l'efficacité de certains médicaments, traitements et procédés de l'époque a été démontrée. Aux XVII^e et XVIII^e siècles, la pratique médicale au Canada suit le modèle européen dans son choix de personnel, d'établissements, de méthodes, d'appareils, de thérapies et de médicaments. Ronald Lessard décrit cette pratique ainsi que ses praticiens, reconnus ou pas, et analyse les besoins médicaux de base d'un pays en voie de formation.

ISBN 0-660-90292-3